DE

LA PÉRIOSTITE

ALVÉOLO-DENTAIRE

PAR

VALÉRIEN PIETKIEWICZ

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Aide d'anatomie et lauréat de l'École de Tours
(Médaille 1865, mention honorable 1866),
Externe des Hôpitaux de Paris
(Médaille 1871),
Élève de l'École pratique des Hautes-Études,
Ex-chirurgien aide-major de 1re classe aux mobilisés de la Haute-Savoie
(1870-1871).



PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

M DCCC LXXVI

XIA

TABLE DES MATIÈRES

SECONDE PARTIE

Pages.

Pages.

Paris. — Imp. Malverge et Dubourg, rue du Cardinal-Lemoine, 41.

DE LA

PÉRIOSTITE

ALVÉOLO-DENTAIRE

INTRODUCTION

Lorsque Velpeau disait que les maladies des dents sont l'origine de presque toutes les affections des mâchoires, il avait sans doute en vue les maladies du périoste alvéolo-dentaire et, parmi elles, la plus fréquente, la périostite, début de presque toutes les autres. Si des douleurs locales et irradiées d'une intensité extrême ou des accidents nerveux réflexes à manifestations plus ou moins éloignées de la bouche peuvent avoir pour cause une altération de l'organe dentaire, telle que la carie compliquée d'inflammation de la pulpe, c'est en effet aux lésions inflammatoires du périoste alvéolo-dentaire qu'il faut attribuer la généralité des affections des mâchoires. Les phlegmons, les abcès, les fistules, les ostéites, les kystes, la plupart des tumeurs, les tumeurs fibreuses en particulier, avec toutes leurs variétés évolutives, ont eu pour point de départ une périostite alvéolo-dentaire. Ce n'est point là une hypothèse, une affirmation sans preuves, nous fournirons à l'appui de nombreuses observations.

Placé entre la dent et l'os maxillaire, le périoste alvéolo-dentaire établit aussi par ses affections une limite ou plutôt une transition entre la pathologie dentaire et les maladies qui ressortent du domaine de la chirurgie générale. Il ne faudrait pas croire

cependant que des accidents localisés aux mâchoires ou aux tissus environnants soient seuls produits par la périostite, nous verrons qu'elle peut aussi étendre son influence à d'autres régions et provoquer des accidents variés, soit par propagation directe de l'inflammation, soit par action réflexe; nous verrons que ces accidents peuvent prendre une gravité extrême et amener des désordres tellement grands qu'ils déterminent des infirmités irréparables ou la mort même.

Ces quelques mots suffisent, pensons nous, pour justifier le choix de notre sujet. L'indifférence des médecins à l'égard d'une branche de la chirurgie dite spéciale et, comme telle, abandonnée en général à des ignorants ou à des faiseurs, explique seule l'état actuel de nos connaissances dans une question aussi importante.

Les complications de la périostite cependant, certaines au moins, ont fixé l'attention des médecins et excité leurs recherches, quelques-unes même ont donné lieu à des travaux assez nombreux, à des thèses en particulier, parmi lesquelles nous citerons celles de Rubio (1), Archer (2), Vinsac (3), auxquelles nous avons emprunté des observations pour cette étude. Quant à la question même de la périostite alvéolo-dentaire, les auteurs français surtout l'ont à peu près complètement négligée.

Boyer, dans son *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leurs conviennent* (4), consacre à peine quelques lignes à « l'inflammation et au gonflement de la membrane alvéolo-dentaire et des vaisseaux qui s'y distribuent. » Oudet, dans le Dictionnaire en 30 volumes (5), n'en fait qu'une description symptomatologique écourtée sous le nom «d'inflammation du cordon dentaire et de la membrane externe des racines.» Les auteurs

(1) *Des abcès dentaires*, Th. de Paris, 1857.

(2) *Etudes sur les abcès odontopathiques compliqués de dénudation de l'os maxillaire inférieur*. Th. de Paris, 1870.

(3) *Considérations sur les abcès sous-périostiques consécutifs à la carie dentaire*. Th. de Paris, 1874.

(4) T. VI, p. 361, an 1818.

(5) P. 187, t. X, Paris, 1835

du *Compendium*, la désignent sous le nom de « périodontite » et, pour toute description (1), se contentent de la définition. Enfin, avec une bonne leçon de M. Dolbeau sur ce sujet (2) auquel le professeur n'a pu donner qu'une heure de son cours, nous ne connaissons de sérieux que les articles de M. Guyon dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (3) et le chapitre consacré à cette affection par M. Duplay dans son Traité de pathologie externe (4). Mais les auteurs, enfermés dans le cadre étroit d'un article de dictionnaire ou de traité de pathologie et ne pouvant donner à leurs descriptions un développement suffisant se sont contentés de résumer les travaux d'auteurs étrangers de Tomes et de Salter en particulier. En Angleterre, Salter (5) a surtout étudié les lésions de la périostite, et Tomes a décrit cette affection dans son Traité de chirurgie dentaire (6), mais cette description est absolument insuffisante. En Allemagne, seulement Albrecht (7) a publié un travail important sur cette question de la périostite alvéolo-dentaire, malgré son étendue cependant et sa valeur, cette étude, un peu théorique du reste et mal limitée, ne trace point l'histoire entière et exacte de l'inflammation du périoste dentaire.

Loin de nous la prétention d'avoir donné un traité complet de la périostite, notre ambition s'est bornée à faire une étude limitée du sujet, presque un recueil d'observations qui pût servir à la fois de démonstration auprès des chirurgiens et de guide dans leur pratique. C'est la conscience de son utilité qui nous a soutenu dans ce travail. Ce n'est point sans hésitation, en effet, que l'on se livre ainsi a l'étude et à la pratique d'une branche si décirée de l'art de guérir. Tout médecin que l'on soit, on partage facilement

(1) *Compendium de chirurgie*, t. III, p. 663.

(2) *De la périostite alvéolo-dentaire*. Leçon recueillie et publiée par M. V. Pietkiewicz, *Gazette des hôpitaux*, 1874, n. 58.

(3) Article *Maxillaire*, p. 524, t. I, 2e série.

(4) T. IV, p. 686, Paris, 1875.

(5) *In* Holmes. *System of surgery*, 2e édit., t. IV. Londres, 1869.

(6) Tomes. *System of dental surgery*, p. 477. London, 1859.

(7) *Die Krankheiten an der Wurzelhaut der Zæhne von Dr Eduard Albrecht*, Berlin, 1860.

les erreurs et les préjugés du public, alors qu'on partage aussi son ignorance. Nous arrivons, en effet, à la fin de nos études sans soupçonner même l'existence de toute une série d'affections curables pour la plupart et dont la fréquence et la gravité quelquefois font regretter cette lacune dans notre éducation médicale. Aussi ne saurai-je assez témoigner toute ma reconnaissance au Dr Slawecki, au meilleur et au plus dévoué des amis qui m'a indiqué la voie; au Dr Magitot, notre maître et ami, qui nous y a maintenu, nous ouvrant dans sa pratique un large champ d'observation, plaçant toujours l'attrait scientifique à côté de l'application, nous laissant à discrétion puiser aux sources variées de son érudition. Je dois aussi un juste tribut de reconnaissance à M. le professeur Robin pour ses conseils et la bienveillance avec laquelle il nous a ouvert les portes de son laboratoire. Qu'il nous soit permis enfin de rendre un dernier hommage à la mémoire de Charles Legros, au savant modeste, victime de la science, qui a guidé nos premiers pas dans le domaine de l'anatomie microscopique et de la physiologie expérimentale.

Je remercie bien vivement encore M. le Professeur Dolbeau qui, après avoir été le premier de la Faculté de Paris a consacrer une partie de son cours à la pathologie dentaire (1) a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse inaugurale.

(1) Faculté de médecine de Paris, M. Dolbeau. Leçons recueillies par M. V. Pietkiewiez (*Gazette des hôpitaux*, 1874, nos 44, 46, 58, 79, 131, 133.

PREMIÈRE PARTIE

I. — DÉFINITION. DIVISION.

La périostite alvéolo-dentaire est l'inflammation de la membrane mince et fibreuse interposée entre la racine de la dent et l'alvéole.

Complication fréquente de la carie, cette inflammation n'en est cependant pas une conséquence fatale; on l'observe souvent en dehors de toute altération des dents, quelquefois sans cause appréciable ou sous l'influence d'une cause générale parfois difficile à déterminer. Elle succède encore à des traumatismes divers, à des violences extérieures, à des chocs aussi bien qu'à un certain nombre d'opérations qui se pratiquent sur les dents.

Les caractères, la marche de la périostite ne sont pas toujours les mêmes non plus. Subaiguë, c'est une affection absolument locale sans retentissement aucun sur les parties voisines disparaissant ordinairement en quelques jours, voire même en quelques heures. Ce n'est là qu'un état passager, répondant à la première période de la maladie, à la congestion de la membrane, précédant toujours l'état aigu, la période d'inflammation confirmée et pouvant fort bien n'en être pas suivie, ainsi que nous venons de le dire. A l'état aigu, elle provoque de violentes douleurs, s'accompagne souvent d'accidents inflammatoires de voisinage et de symptômes généraux. A cet état, elle peut encore se terminer et se termine souvent par résolution, mais elle peut aussi passer à l'état chronique et se présente alors sous deux formes différentes.

Dans l'une, le périoste, plus ou moins altéré, reste enflammé sans aller jusqu'à la suppuration; dans l'autre, au contraire, le périoste a suppuré; le pus, après avoir décollé le périoste sur une plus ou moins grande étendue et nécrosé partiellement au moins le cément, s'est frayé une issue à l'extérieur. Une fois établie, cette suppuration continue, d'une façon insensible presque, il est

vrai, mais elle ne tarit pas au moins le plus souvent et de longtemps.

C'est au point de vue pratique, en raison surtout des indications thérapeutiques différentes qui en découlent, que nous établissons cette distinction des périostites aiguës et de la périostite chronique, cette dernière n'étant le plus souvent, ainsi qu'on vient de le voir, que le passage d'un état à l'autre. Au point de vue des symptômes, au point de vue anatomo-pathologique, aucune différence ne se remarque au début de l'affection, et la périostite chronique ne doit être considérée que comme une des terminaisons de la périostite aiguë.

Quelle que soit sa cause, quelles que soient sa marche et sa terminaison, la périostite alvéolo-dentaire peut n'occuper qu'une portion du périoste dentaire, c'est même le cas le plus fréquent et alors surtout la partie qui entoure le sommet de la racine, mais quelquefois aussi l'inflammation envahit cette membrane en totalité.

Pour nous résumer, nous pouvons donc dire que la périostite alvéolo-dentaire est :

A. Suivant sa cause :
- 1° Consécutive ;
- 2° Traumatique·
- 2° Spontanée.

B. Suivant sa marche :
- 1° Subaiguë ;
- 2° Aiguë ;
- 3° Chronique.

B. Suivant son étendue :
- 1° Partielle ;
- 2° Totale.

Nous ne parlerons point ici d'une autre forme de la périostite, successivement désignée sous le nom de suppuration conjointe des alvéoles et des gencives (1), pyorrhée inter-alvéolo-dentaire (Toirac),

(1) Jourdain. *Maladies de la bouche*, 1778, t. II, p. 396.

gingivite expulsive (1), ostéo-périostite alvéolo-dentaire (2), comme une affection spéciale du périoste dentaire. Si aucune différence anatomique ne nous autorise à partager l'opinion de notre maître, il n'en est pas moins vrai que la marche au moins de la maladie nous permet de la considérer comme une forme particulière de la périostite, et, ces réserves établies, nous ne pouvons faire mieux que de renvoyer à la lecture de l'excellent mémoire de Magitot. Nous reviendrons du reste sur cette affection à propos du diagnostic.

Nous laisserons aussi de côté tout ce qui se rapporte à l'évolution pathologique de la dent de sagesse. Si la difficulté de l'éruption de la troisième molaire ou sa rétention peuvent en effet amener les mêmes complications, les mêmes accidents consécutifs que la périostite, au point de vue de la pathogénie, il y a une grande différence dans les deux cas. Cette confusion a cependant été faite par presque tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, l'altération primitive du périoste alvéolo-dentaire de la troisième molaire amenant en effet des accidents de voisinage plus fréquemment que sur toute autre, à cause de son siége et de ses rapports anatomiques.

(1) Marchal (de Calvi). *Comptes rendus de l'Ac. des sc.*, 1861, séance du 20 septembre.

(2) Magitot. *Arch. gén. de méd.*, 1867. — M. Dolbeau. Leçon recueillie et publiée par M. V. Pietkiewicz, *Gaz. des hôp.*, n. 79, 1874.

II. — ANATOMIE NORMALE ET PHYSIOLOGIE DU PÉRIOSTE ALVÉOLO-DENTAIRE

Nous nous étions proposé de donner dans ce travail une description complète et détailléedu périoste alvéolo-dentaire, dont la structure et la physiologie sont encore imparfaitement connues. Des circonstances indépendantes de notre volonté, en nous obligeant à suspendre les recherches commencées et en nous faisant ajourner depuis trop longtemps déjà la publication de cette étude nous force à remettre à plus tard la poursuite des faits nouveaux mais incomplets que nous avons pu constater déjà et la mise en œuvre des expériences que nous avions projetées. Nos recherches personnelles n'ayant encore ni l'étendue ni l'autorité que nous espérons leur donner par le contrôle de l'expérience, nous nous bornerons donc à résumer ici en quelques mots l'anatomie et la physiologie du périoste dentaire, en faisant tout de suite nos réserves pour l'avenir. Cette courte description nous a paru indispensable avant d'aborder l'étude de l'inflammation de cette membrane.

Parmi les noms différents de membrane, ou périoste dentaire, péridentaire, alvéolaire, intra-alvéolaire ou alvéolo-dentaire, nous choisirons le nom de périoste alvéolo-dentaire pour désigner cette membrane mince et blanchâtre à l'état sain qui tapisse à la fois l'alvéole et la racine de la dent; mieux que tout autre, en effet, il nous semble indiquer sa situation et son rôle. Moyen d'union entre le maxillaire et la dent, il est fortement adhérent par ses deux faces à la paroi interne de l'alvéole d'une part, au cément de l'autre; son union paraît cependant plus intime sur ce dernier. Il est rare, en effet, lorsqu'on pratique l'extraction d'une dent saine, de voir un point de la racine complètement dénudé, nous devons dire toutefois que, dans ce cas, l'alvéole reste ordinairement aussi tapissé par une portion du périoste; une partie, la plus épaisse, est venue avec la racine, l'autre est restée à la paroi osseuse. Une différence de structure dans ces deux parties nous donnera l'explication de ce fait.

Très-dur, très-résistant et offrant par là même une grande difficulté pour les préparations anatomiques, il s'étend depuis le collet jusqu'au sommet de la dent, se confondant d'une part avec la gencive, il se perd de l'autre sur le faisceau vasculo-nerveux qui pénètre dans la cavité de la pulpe.

Son épaisseur, en moyenne de $0^m,1^m$ à $0^m,2^m$, est variable suivant les points où on le considère, ainsi il va s'amincissant du sommet de la dent à son collet.

Sa paroi externe ou osseuse est irrégulière, granuleuse, souvent déchirée ; sa face cémentaire présente aussi de nombreusess irrégularités correspondant aux éléments anatomiques qui la composent.

De nombreux vaisseaux accompagnés de faisceaux nerveux le pénètrent à travers l'alvéole et viennent former dans son épaisseur un riche réseau vasculaire et nerveux avec les vaisseaux et les nerfs détachés du faisceau vasculo-nerveux destiné à la pulpe.

Embryogénie. — Quelques mots sur son mode d'apparition et son développement nous feront comprendre les particularités de sa structure. A une époque variable suivant les dents, mais qui remonte pour presque toutes aux premiers temps de la vie embryonnaire (il n'y a d'exception que pour les 2e et 3e molaires), on voit au-dessous de l'organe de l'émail qui s'excave à ce moment apparaitre un organe nouveau composé d'éléments embryonnaires nucléaires : c'est le bulbe de la dent future (1). Cet organe prend rapidement la forme hémisphérique, et dès lors on voit se détacher de sa base, comme une collerette, un prolongement circulaire composé des mêmes éléments. Ce prolongement se développe, entourant ainsi l'organe de l'émail qu'il finit par envelopper complètement pour constituer la paroi folliculaire et déterminer la rupture du cordon épithélial au moment de sa fermeture. Repoussée par la dent au fur et à mesure de son développement

(1) *Journal de l'anatomie et de la physiologie* de M. Ch. Robin, n° de septembre-octobre 1873, p. 465. Origine et formation du follicule dentaire chez les mammifères, par Ch. Legros et E. Magitot.

et déchirée au moment de l'éruption, cette paroi folliculaire va se confondre ainsi avec la gencive et devenir le périoste alvéolo-dentaire.

Structure. — Ce mode d'origine nous explique de suite les différences de structure que l'on constate entre le périoste osseux proprement dit et le périoste dentaire. Dans cette membrane, nous ne rencontrons, en effet, ni fibres élastiques, ni fibres lamineuses complètement développées. Avec de la matière amorphe assez abondante, nous trouvons seulement des éléments embryonnaires en grande quantité, des corps fusiformes ou étoilés à divers degrés de développement et des fibres lamineuses, la plupart incomplétement développées. Avec cela, de nombreux capillaires et un grand nombre de ramifications nerveuses, composées de tubes larges en faisceaux assez gros à côté de fibres primitives isolées.

Texture. — La disposition réciproque de ces divers éléments et leur distribution dans le périoste alvéolo-dentaire est surtout intéressante et instructive.

En précédant de la face externe ou osseuse vers le cément, nous trouvons une première couche presque uniquement composée de fibres lamineuses à l'état de développement indiqué plus haut, on y rencontre cependant aussi un certain nombre de corps fusiformes ou étoilés. Ces fibres lamineuses disposées en faisceaux compactes, serrés, parallèles, offrent la plus grande résistance à la dilacération et précédent une couche intermédiaire de corps fusiformes ou étoilés formant par leurs prolongements un réticulum analogue à celui décrit et figuré par MM. Robin et Cadiat dans leurs recherches sur les muqueuses et renfermant dans ses mailles un grand nombre d'éléments embryonnaires, d'autant plus nombreux qu'on se rapproche davantage de la couche ostéoblaste du cément. Albrecht (1) voit dans ces derniers une provision d'éléments destinés, la prolifération cellulaire aidant, à fournir aux suppurations futures dans le cas d'inflammation du périoste. Inutile, croyons-nous, de combattre une

(1) *Loco citato.*

théorie d'Outre-Rhin tombée aujourd'hui dans l'oubli ; ses partisans les plus résolus naguère observent maintenant à son égard un silence prudent.

S'il nous est impossible, à l'exemple de Spence Bate (1), d'admettre dans le périoste dentaire deux membranes distinctes, l'une tapissant l'alvéole (périoste alvéolaire), l'autre dépendant de la racine (tissu péridentaire), nous devons reconnaître cependant une différence de structure bien évidente entre la portion alvéolaire et la partie cémentaire du périoste ; mais ces deux parties ne sont nullement séparables, elles forment une seule et même membrane constituée par les mêmes éléments dans toute son épaisseur, seulement à des périodes d'évolution différentes suivant les points où on la considère.

Physiologie. — Vestige de la paroi folliculaire et dépendance de la muqueuse gingivale, le périoste alvéolo-dentaire se trouve placé entre deux couches osseuses, le maxillaire et le cément. Joue-t-il le rôle de périoste osseux à l'égard d'un seul de ces os, du cément, ou remplit-il ce rôle du côté de l'alvéole en même temps? C'est là une question bien intéressante, mais qu'il ne nous est pas encore permis de trancher. Disons toutefois que nous espérons élucider ce point d'ostéogénie ; ces recherches feront l'objet d'un travail spécial dès que nous aurons pu compléter nos premières expériences.

Cette situation, en le soumettant à des pression constantes par suite du manque de fixité absolue des dents, l'expose à des altérations pathologiques nombreuses et fréquentes. Devrons-nous dire avec Albrecht que ce sont ces pressions qui empêchent le développement complet des éléments qui le composent? Arrêtés ainsi dans leur évolution, lorsque le périoste reste à l'état sain, nous verrons ces éléments se développer sous l'influence d'un processus pathologique et suivre toutes leurs phases évolutives. L'étude microscopique de cette membrane nous a déjà fait comprendre que, parmi toutes les formations pathologiques qui pou-

(1) *Of the peridental membrane in its relation to the dental tissue,* by C. Spence Bate esq. *British Journal of dental science,* vol. I.

vaient s'y développer, les plus fréquentes appartiendraient au tissu fibreux avec toutes ses variétés, ainsi que nous le faisions pressentir dès les premières lignes de ce travail.

Si nous n'avons pu déterminer d'une façon suffisante encore la fonction ostéogénétique du périoste alvéolo-dentaire, nous pouvons au moins préciser son rôle dans la nutrition de l'organe qu'il entoure. Parcouru par de nombreux vaisseaux, il apporte au cément les éléments de sa nutrition et, de proche en proche, il fournit aux échanges nutritifs de la dentine elle-même. Il vient ainsi en aide aux fonctions de la pulpe et, lorsque celle-ci disparaît, il peut la remplacer, en partie du moins, et fournir à la nutrition et à la conservation de la dent. Il nous paraît probable même que, dans ce cas, ses vaisseaux se développent, sa circulation s'exagère, mais nous ne saurions affirmer, ainsi qu'on l'a fait (1), qu'il s'établit là une véritable circulation collatérale amenant rapidement l'accroissement du cément et la formation de canaux de Havers dans sa substance. Quoiqu'il en soit, si, après la disparition de la pulpe, la dent, privée de son principal organe de nutrition, ne possède plus qu'une vitalité incomplète, elle est cependant assurée d'opérer par l'intermédiaire du périoste un échange de matériaux suffisant à son maintien et à la conservation de ses fonctions (2).

(1) *De l'inflammation aiguë et chronique de la pulpe dentaire ou de la pulpite aiguë et chronique,* par M. Ed. Maurel. Thèse de Paris, 1873, p. 15.

(2) Toutes nos recherches ont été faites soit sur des dents humaines saines enlevées pour cause d'anomalie dentaire, soit sur des dents d'animaux, de chiens principalement sacrifiés dans les laboratoires de l'Ecole pratique, et prises immédiatement après la mort.

Nos examens ont porté sur des pièces fraîches et sur des pièces préparées pour faire des coupes. Nous avons employé pour cela le procédé qui a si bien réussi à notre ami, M. Cadiat, pour ses belles recherches sur les muqueuses, en collaboration avec notre maître, M. le professeur Robin. Les dents isolées ou des portions entières de maxillaires ont été plongées dans une solution étendue d'acide chlorhydrique ; puis, une fois ramollies à un degré convenable, placées pendant quarante-huit heures dans une épaisse solution de gomme arabique et enfin plongées ensuite dans l'alcool jusqu'à ce qu'elles aient acquis le degré de fermeté voulue. Nous avons alors procédé par coupes transversales ou longitudinales de la dent seulement ou par coupes dans ces deux sens de la région incisive, coupes comprenant à la fois la mâchoire avec la dent en place et son périoste en entier.

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous commencerons notre description par l'étude de l'anatomie pathologique de la périostite. Si l'anatomie normale, en effet, était indispensable pour l'intelligence des phénomènes anatomo-pathologiques, l'examen de ces derniers nous conduira tout naturellement à l'étude des symptômes, des complications, de la marche, de la terminaison et du traitement de la périostite alvéolo-dentaire.

Pour être complète, cette étude doit passer nécessairement en revue :

1° Le périoste alvéolo-dentaire ;

2° La dent elle-même;

3° Les parties voisines.

1° Périoste alvéolo-dentaire. — L'inflammation du périoste alvéolo-dentaire emprunte des caractères anatomo-pathologiques particuliers à sa situation et à sa structure. Sur une dent enlevée au début de la périostite, nous observons l'injection des vaisseaux capillaires artérioles et veinules, cette injection peut être totale et embrasser toute l'étendue du périoste, ou limitée seulement à une des faces en totalité ou en partie, ou bien encore n'occuper que le sommet, la partie voisine de l'ouverture du canal dentaire, lorsqu'il s'agit d'une dent à racine unique. Pour les molaires, l'injection peut se limiter à une des racines seulement ou les embrasser toutes. Cet état de réplétion vasculaire amène déjà un léger épaisissement de la membrane. Mais ces phénomènes se passent rapidement, si la circulation reprend son cours normal. Se prolonge-t-il au contraire, nous arrivons alors à une seconde période caractérisée par le dévelloppement et l'hypergénèse des éléments préexistants. En même temps, en effet, que nous voyons les corps fusiformes ou étoilés passer par toutes les phases de leur évolution, nous voyons apparaître des éléments

embryonnaires en grand nombre. Ce développement et cette production exagérée n'ont, pour ainsi dire, d'autre limite que le soulèvement et l'élimination de la dent. Nous insistons particulièrement sur ce fait, que ces phénomènes sont dus, non à l'hypertrophie des éléments du périoste, mais à leur développement à leur hypergénèse. De même que la congestion, cette production de nouveaux éléments peut être générale ou partielle et alors elle est presque toujours limitée au sommet, mais, tandis que la congestion peut exister seule, le développement et l'hypergénèse ne peuvent se produire sans avoir été précédés d'hyperémie.

La première période, avons-nous dit, peut se terminer par résolution et disparaître, sans laisser aucune trace ; il en est de même de la seconde, et la dent reprend alors sa position et sa fixité normales. Quelquefois aussi, on voit la maladie s'arrêter dans sa marche progressive, et passer à l'état chronique, elle restera ainsi stationnaire indéfiniment ou bien, un jour, sous une influence accidentelle, inappréciable souvent, elle repassera à l'état aigu et nous verrons se dérouler les phénomènes ultimes de la périostite.

Si cette seconde période, en effet, ne se termine pas par résolution ou par le passage à l'état chronique, elle se termine alors par suppuration. Les éléments du pus apparaissent, se groupent entre le cément et le périoste, décollent celui-ci, sur une plus ou moins grande étendue, cherchant une issue. Souvent, et c'est-là son chemin le plus naturel, cet écoulement se fait par le canal dentaire, mais cette voie n'est perméable que dans les caries du troisième dégré avec destruction de la pulpe et la périostite n'est pas rare dans les caries moins avancées, on la voit même fréquemment atteindre le périoste d'une dent saine, sans qu'on puisse l'attribuer à une cause traumatique quelconque. Dans les caries pénétrantes même, il arrive maintes fois qu'un corps étranger, un débris alimentaire, une obturation intempestive viennent obstruer le canal dentaire. Dans ce cas, alors, le pus décolle de plus en plus le périoste, chemine entre cette membrane et le cément et vient se faire jour au collet de la dent, sur un point du pourtour gingival. Souvent aussi, la terminaison est

moins heureuse encore, et nous verrons tout à l'heure le maxillaire subir des altérations plus ou moins étendues. Enfin, tandis que la suppuration s'établit sur un point, le développement des éléments du périoste peut se continuer sur un autre et donner lieu à des fongosités plus ou moins volumineuses (obs. VI). Ces fongosités peuvent même continuer à se développer après l'extraction de la dent, lorsqu'elles sont restées en totalité ou en partie avec les portions du périoste adhérentes à l'alvéole (obs. I).

Souvent aussi, une fois que le pus s'est fait jour par une voie quelconque, si sa formation continue en un point limité du périoste, nous voyons peu à peu celui-ci reprendre ses caractères normaux dans le reste de son étendue, il revient à sa couleur et à son épaisseur normale. Lorsque cet état s'est prolongé un certain temps, les moyens d'union entre la dent et le maxillaire paraissent même plus intimes qu'à l'état normal, nous ne saurions dire alors ce qui s'est passé anatomiquement, soit du côté du maxillaire, soit du côté de la dent, mais pratiquement nous savons que la luxation de ces dents offre souvent de très-sérieuses difficultés en raison même de leur fixité.

2° Dent. — Nous étudierons successivement les altérations du cément, de la dentine et de la pulpe.

A. *Cément et ivoire.* — Lorsque la première et la seconde période sont de courte durée et se terminent par résolution, on n'observe aucune lésion du côté du cément; mais, lorsque la seconde période se prolonge ou passe à l'état chronique, ou lorsque ces poussées de périostite aiguë se renouvellent fréquemment, on voit alors le cément augmenter d'épaisseur, un dépôt d'os nouveau se faire à sa surface. Cette production peut être totale ou limitée seulement suivant l'étendue de l'altération du périoste. On ne remarque aucune différence entre l'os ancien et l'os nouveau surajouté, ce dernier cependant renferme un peu moins d'ostéoplastes surtout dans ses couches superficielles, et, lorsque son développement atteint un certain degré il est traversé de ca-

naux de Havers qui à l'état normal n'existent pas dans les dents humaines. Il se fait ainsi toujours un depôt anormal de cément au niveau des points d'attache des productions inflammatoires du périoste. Lorsqu'elles atteignent un certain volume ces hypertrophies du cément peuvent créer de grands embarras pour l'extraction de la dent malade. Dans la période de suppuration, au contraire, le cément éprouve une résorption lente qui se traduit au toucher par des rugosités, des irrégularités de sa surface. La résorption peut être complète au moins sur certains points, et s'étendre même à la dentine, la détruire dans toute son épaisseur, ouvrant ainsi la cavité centrale sur le côté. La surface de l'ivoire, lisse et polie, est ordinairement oblique, la dent paraît taillée en bec de flûte. Cette résorption peut détruire ainsi presque toute la racine, et la dent, de plus en plus vacillante finit par tomber spontanément à un moment donné (obs. II), d'autres fois elle s'effectue de dedans en dehors et produit alors l'élargissement du canal dentaire qui peut ainsi devenir perméable aux injections poussées par un orifice fistuleux (obs. XXIII.) Tandis que cette résorption s'opère en un point, il peut en même temps se faire sur un autre un développement anormal du cortical osseux, mais, tandis que les phénomènes de résorption peuvent se manifester sur la dentine, jamais celle-ci ne participe aux exostoses du cément.

Lorsque l'écoulement du pus a lieu par le canal dentaire, la dentine prend rapidement une teinte noirâtre, mais le plus souvent la destruction de son tissu s'arrête, celui-ci, en effet, baigné constamment alors par un liquide alcalin, se trouve ainsi protégé contre les fermentations acides qui le détruisaient. Le fond de ces caries est ordinairement noir et résistant.

B. *Pulpe.* — De même que l'inflammation du périoste alvéolo-dentaire par propagation s'observe souvent dans le cas de pulpite aiguë ou chronique, de même l'inflammation de la pulpe peut se produire par le même mécanisme dans les cas de périostite (obs. LIX). Nous ne croyons pas devoir faire ici l'anatomie pathologique de la pulpite. Nous observons là les mêmes phases

successives que dans toutes les autres inflammations, les mêmes terminaisons par résolution passage à l'état chronique et suppuration.

3° Parties voisines. — C'est au chapitre des complications que nous étudierons la plupart des altérations qui peuvent atteindre les parties voisines ; ici, nous parlerons seulement des phénomènes inhérents de la périostite, de ceux qui en sont inséparables, pour ainsi dire et qu'on ne peut regarder comme une complication. Les altérations portent à la fois sur des parties osseuses, les mâchoires et sur les parties molles environnantes.

Os. — Nous ne saurions dire exactement ce qui se passe du côté de la mâchoire dans la première et la deuxième période, il est rare, en effet, de trouver un examen nécroscopique qui puisse éclairer à ce sujet. Mais ce qu'il est facile de constater, c'est la résorption des alvéoles amenée par le passage de la périostite à l'état chronique, les alvéoles diminuent ainsi de hauteur en même temps que leur cavité s'élargit. Lorsque l'affection n'a pas une marche rapide, on voit le tissu osseux se résorber peu à peu sans manifestations inflammatoires devant les productions pathologiques du périoste ou du cément, fongosité, kyste purulent, exostoses. La paroi alvéolaire peut ainsi disparaître complètement sur un point de son pourtour, de vastes cavités se creuser dans l'épaisseur du maxillaire (obs. III). Un fait digne de remarque, c'est que dans les hypertrophies du cément on voit souvent, après la disparition des cloisons alvéolaires, les racines de la même dent ou les racines appartenant à des dents contiguës se souder par l'intermédiaire de l'os nouveau, tandis qu'on ne constate jamais cette union de cément avec le tissu osseux du maxillaire ; quoiqu'il n'y ait aucune différence de tissu apréciable, celui-ci se résorbe, se retire devant les tumeurs du cément.

L'affection a-t-elle une marche rapide, au contraire, et le pus ne s'est-il fait jour ni par le canal dentaire ni sur le pourtour gingival, nous observons alors une série de lésions tout à fait différentes. La suppuration détermine une ostéite et une nécrose

partielle du maxillaire dans l'épaisseur duquel elle se creuse ainsi un trajet plus ou moins compliqué soit en dedans soit en dehors, et dont l'ouverture peut se faire directement dans la cavité de la bouche, déterminant alors une fistule muqueuse, ou bien aux téguments et alors dans un point quelquefois très-éloigné : fistule cutanée. Ce trajet à travers le maxillaire est rarement unique, le plus souvent le pus sort par des orifices multiples comme à travers une lame criblée. Dans l'étude des complications, nous reviendrons avec plus de détails sur ces accidents intéressants. Disons tout de suite qu'au lieu de rester ainsi limitée, l'ostéite peut s'étendre à une plus ou moins grande portion du maxillaire, quelquefois à toute son étendue, déterminer des accidents d'une gravité extrême ou la nécrose de l'os en totalité ou en partie.

Parties molles. — Dès son début, la périostite détermine une injection de la gencive qui se traduit par un liseré rouge au pourtour du collet de la dent malade ; cette injection s'élargit bientôt, et on la voit s'étendre sur toute la hauteur de la gencive en prenant une forme allongée analogue à celle de la racine. Si la maladie continue sa marche, cette portion de la muqueuse prend bientôt une coloration violacée, livide, qui s'étend de proche en proche et peut gagner toute la gencive du côté de la dent malade. Il n'est pas rare alors de voir la muqueuse se couvrir d'un enduit blanchâtre limité au voisinage de la dent ou recouvrant toute la gencive d'une mince pellicule facile à détacher par lambeaux. L'examen de cette production nous a appris qu'elle était due à une desquammation épithéliale de la gencive (obs. LXIX).

Un gonflement en général peu considérable et limité ordinairement à la dent malade apparaît en même temps. Cette tuméfaction s'étend souvent au cul-de-sac alvéolo-labial. Avec les fistules, nous étudierons la formation des abcès et les caractères de leurs ouvertures. Disons seulement ici que cette tuméfaction peut s'étendre, gagner la joue, envahir la moitié de la face, constituer ce que l'on a désigné sous le nom de « fluxion ». En général cet œdème, premier degré du phlegmon, présente peu de

gravité et disparait au bout de quelques jours, mais nous verrons aussi de véritables phlegmons envahir la face et le cou, la suppuration gagner la poitrine et l'épaule (obs. XXI), la mort même arriver, et une mort rapide dans bien des cas (obs. XX, XXII, XXXIV, XXXV, XXXVI, XXXVII.)

IV. — SYMPTOMATOLOGIE.

Nous devons écarter de ce chapitre tout ce qui peut se rapporter aux complications, aux accidents de la périostite et nous limiter à l'étude des symptômes particuliers à cette affection.

Ces symptômes sont de trois ordres, ce sont : 1° des symptômes locaux ; 2° des symptômes de voisinage ; 3° des symptômes généraux dont l'apparition est soumise à la violence des accidents locaux.

Les symptômes locaux, c'est-à-dire ceux qui ont leur siége dans la mâchoire au niveau de la dent malade et qui marquent le début de la maladie, peuvent exister et existent souvent seuls pendant tout le cours de la périostite. Les accidents de voisinage, au contraire, et les accidents généraux sont consécutifs au développement des premiers et peuvent fort bien manquer, surtout les accidents généraux.

Ces symptômes présentent de notables différences suivant les formes, les degrés de la périostite ; les signes de la périostite chronique suppurée par exemple sont bien différents de ceux de la périostite aiguë, mais ils ont presque toujours été précédés de tous les signes de la périostite aiguë.

Il nous paraît préférable dans notre exposé de suivre la marche de l'affection et de tracer un tableau d'ensemble des symptômes de la périostite plutôt que de prendre et de décrire chaque signe en particulier ; notre description s'appliquera ainsi plus exactement aux faits soumis à l'observation.

Le début est ordinairement marqué par un sentiment de gêne, de tension au niveau de la dent atteinte, conséquence fatale de l'hypérémie et du gonflement du périoste comprimé dans son alvéole entre la racine et le maxillaire. Une sensation de corps étranger pousse le malade à passer le cure-dent dans les interstices dentaires de cette région, à ébranler avec les doigts la

dent dont le périoste s'enflamme, à presser l'une contre l'autre les deux arcades dentaires, manœuvres qui ont toutes ce but commun et inconscient, le plus souvent, d'amener, par compression, le dégorgement vasculaire du périoste. Le malade répète ainsi ces pressions qui lui apportent d'abord un soulagement momentané, mais de très-courte durée, jusqu'au moment où, l'inflammation se confirmant, elles deviennent, au contraire, douloureuses. A ce moment, le gonflement du périoste, repoussant mécaniquement la dent de son alvéole, cet organe paraît allongé; sa couronne dépasse le niveau des dents voisines. Cet allongement est surtout marqué sur les dents à racine unique, et plus considérable le matin que le soir, en raison, sans doute, de la réplétion vasculaire du périoste enflammé, stase sanguine à laquelle les efforts de mastication et les pressions volontaires ou non de la journée ne sont point venus mettre obstacle pendant la nuit. Tous les symptômes de la périostite et de la périostite aiguë en particulier, s'accentuent, du reste, ainsi pendant la nuit, surtout dans la deuxième moitié. A propos de la douleur, nous reviendrons sur ces exacerbations nocturnes qui se manifestent aussi d'une façon très-sensible sur l'ébranlement de la dent, car, en même temps qu'elle paraît s'allonger et par la même raison, la dent est aussi ébranlée. Le pourtour gingival prend une coloration rouge violacée livide, qui s'étend peu à peu en hauteur sur la gencive, dessinant d'abord assez bien la racine malade, mais s'étendant ensuite aux parties voisines, et cela plus ou moins loin. A ce niveau, la gencive devient aussi le siége d'un gonflement plus ou moins prononcé, douloureux à la pression, qui empiète sur le cul-de-sac muqueux du vestibule et, dans quelques cas, s'étend à la joue pour déterminer une fluxion. Un enduit blanchâtre, facile à détacher en minces pellicules et dû, ainsi que nous l'avons déjà dit, à une simple desquammation épithéliale (obs. LXIX), apparaît bientôt sur la gencive; d'abord limité, il peut envahir la muqueuse sur une assez large surface.

Au sentiment de gêne, de gonflement au niveau de la dent affectée, succède bientôt une véritable douleur, lorsque l'inflammation se confirme, douleur qui n'apparaît d'abord que lorsque

le malade rapproche les arcades dentaires ou lorsque l'on percute la dent malade, mais qui devient bientôt spontanée, continue avec quelques rémissions, mais sans disparaître complètement. L'absence de toute douleur spontanée s'observe quelquefois, tandis que la percussion ou la simple pression de la langue provoquent de vives douleurs, mais ce sont là des cas tout à fait exceptionnels (obs. LIV). C'est une douleur sourde, gravative, paraissant profonde, osseuse, que les liquides tièdes, les lotions émollientes et à douce température calment un peu, mais qui peuvent prendre un caractère très-aigu aussi et s'étendre à tout un côté du maxillaire. Le moindre choc, la pression des lèvres, le contact de la langue provoquent des crises aiguës d'une intensité extrême. A ce degré, la percussion sur les dents voisines légèrement ébranlées aussi devient douloureuse, il y a là un peu d'ostéite du maxillaire, et c'est dans ces cas que l'extraction, alors horriblement douloureuse par elle-même, mais réclamée avec instance par le patient, n'amène pas de soulagement immédiat. A ce moment, les liquides tièdes ou chauds, loin de calmer la douleur, l'exaspèrent au contraire, tandis que les liquides froids, qui exagéraient la douleur au début, amènent un soulagement momentané, il est vrai, mais assez marqué. Les impressions différentes déterminées par les changements de température, fournissent ainsi quelquefois un élément précieux au diagnostic, et nous y reviendrons avec plus de détails à ce chapitre.

Un fait bien digne de remarque, que nous avons déjà indiqué et sur lequel les malades attirent constamment l'attention du praticien, consiste dans ces exacerbations nocturnes de la douleur qui rapprochent ainsi la douleur de la périostite alvéolo-dentaire des douleurs syphilitiques. Ces exacerbations cependant sont constantes, on les observe chez des enfants et chez des sujets adultes n'ayant aucune trace d'affection syphilitique. Nous croyons devoir adopter ici l'explication de Chassaignac qui, même chez les sujets syphilitiques, ne croit pas que ces retours soient dûs à une propriété inhérente à la nature même de la syphilis, mais bien à ce que l'affection attaque alors le tissu osseux. Les douleurs, en effet, ne se manifestent qu'à ce moment, elles

ne s'observent pas dans les autres formes de la maladie ; douleurs par étranglement, elles tiendraient à la difficulté de la distension inséparable de tout phénomène inflammatoire dans des parties profondes et résistantes. Cette distension douloureuse, s'exagérant tout naturellement en raison du redoublement du soir propre à toutes les affections continues, fébriles ou inflammatoires, nous explique cette augmentation de la douleur pendant la nuit, jusqu'à ce que les parties malades se soient prêtées à leur nouvel état ; et ces sensations douloureuses sont d'autant mieux perçues par le malade qu'il les éprouve dans le silence et l'obscurité, alors que rien ne vient le distraire. «Ainsi la circonstance de l'exacerbation du soir propre aux affections fébriles ou inflammatoires continues, faisant coïncider avec la nuit le phénomène de distension qu'entraîne tout redoublement inflammatoire, il y a une perception d'autant plus nette des douleurs nocturnes qu'elles ont lieu à l'heure habituelle du silence et du repos » (1), et cette explication nous paraît surtout applicable au sujet qui nous occupe; le périoste dentaire, en effet, se trouve ainsi comprimé entre deux parties osseuses très-dures, la racine de la dent et la paroi alvéolaire, qui offrent la plus grande résistance à sa distension.

Moins fréquente que dans l'inflammation de la pulpe, la névralgie hémicrânienne, les névralgies de la cinquième paire sur une ou plusieurs de ses branches, s'observent cependant assez souvent pour que nous croyions devoir les mentionner au chapitre des symptômes plutôt qu'à celui des complications de la périostite. Les névralgies présentent des points douloureux particuliers, suivant le siége de la périostite, à l'une ou l'autre mâchoire, points douloureux ordinairement situés au niveau des rameaux émergeants des différentes branches de la cinquième paire. Une dent de la mâchoire supérieure atteinte de périostite donnera ainsi des douleurs névralgiques du côté de la tempe et de l'orbite avec points douloureux au niveau de l'émergence des rameaux

(1) Chassaignac. *Des abcès aigus sous-périostiques.* — Mémoires de la Société de chirurgie, t. IV, p. 294 et *Traité pratique de la suppuration*, t. I, p. 418.

sus et sous-orbitaires, tandis qu'à la mâchoire inférieure, les phénomènes douloureux pourront être assez marqués au niveau de la sortie du nerf mentionnier pour donner le change au malade et lui faire attribuer à la canine, par exemple, l'origine de tout son mal. Le rameau auriculo-temporal du maxillaire inférieur est souvent aussi le siége de ces irradiations névralgiques, dans les périostites de l'arcade dentaire inférieure et provoque de violentes douleurs du côté de l'oreille. Les névralgies, quelquefois assez intenses, peuvent même persister dans certains cas après la disparition complète de l'affection qui les a déterminées. Nous donnons, dans nos observations (obs. LIV), un exemple de ce fait, mais il est vrai de dire que, dans ce cas, la périostite avait déterminé une inflammation de la pulpe par propagation.

Nous avons déjà dit dans le chapitre précédent que l'inflammation du périoste pouvait très-bien ne pas parcourir toutes ses phases et que, sans se terminer pour cela par résolution, elle pouvait s'arrêter à un moment donné et rester ainsi stationnaire. Une diminution très-marquée dans l'intensité de presque tous les symptômes caractérise cet état. La douleur disparait presque complètement, ce n'est plus qu'une sensation de gêne, de plénitude au niveau de la dent malade, sensation qui même a souvent besoin d'être provoquée ou qui n'existe guère que le matin au réveil. L'ébranlement et l'allongement de la dent persistent, mais d'une façon moins marquée, les malades disent alors qu'il leur semble avoir une dent de caoutchouc. Cette expression pittoresque traduit assez bien, en effet, la sensation éprouvée, et tous ceux qui ont passé par là rendront justice à son exactitude.

Nous avons vu aussi qu'à la période de suppuration, le pus pouvait trouver une issue par le canal dentaire dans les caries du troisième degré, avec perméabilité de la cavité centrale, ou se faire jour au niveau du collet, après avoir décollé le périoste. Quelquefois assez abondante au début, la suppuration diminue assez vite, et l'affection passe alors à l'état chronique, fournissant à peine une gouttelette de pus dans les vingt-quatre heures. A part ce petit écoulement, tous les symptômes de la périostite disparaissent alors le plus souvent, la dent reprend sa fixité et ses

usages, et, à moins d'un retour à l'état aigu déterminé, presque toujours, par un obstacle à l'écoulement du pus, rien n'éveille plus les inquiétudes du malade. Il en est de même encore lorsque le pus, au lieu de suivre les deux voies que nous avons indiquées, s'est fait jour à travers le maxillaire et est venu, après des accidents variés, déterminer la formation d'une ou de plusieurs fistules muqueuses ou cutanées, quelquefois très-éloignées de leur point de départ. Une coloration plus foncée de la dentine, lorsque la dent n'est pas cariée, un son plus clair à la percussion et un ensemble de signes que nous étudierons au chapitre du diagnostic, doivent alors attirer l'attention du chirurgien et fixer son choix.

Lorsque la périostite est subaiguë ou qu'elle se termine rapidement par résolution, la plupart du temps on observe pas de phénomènes généraux. A-t-elle, au contraire, une marche aiguë, très-douloureuse, on voit alors apparaître tout l'appareil fébrile avec insomnie, inappétence, etc. Ces phénomènes généraux peuvent même devenir assez intenses pour forcer le malade à garder le lit et provoquer des syncopes, du délire même quelquefois, ainsi que nous l'avons observé sur un de nos amis, interne des hôpitaux, pour une périostite aiguë de l'incisive latérale supérieure gauche. Hâtons-nous, toutefois, de dire que des phénomènes généraux de cette gravité sont absolument exceptionnels.

V. — COMPLICATIONS.

Pour être complets, nous devrions diviser les accidents de la périostite en accidents inflammatoires et en accidents nerveux.

a) Les premiers comprenant :

1° Les complications locales telles que les hypertrophies, les tumeurs du périoste, etc.

2° Les complications de voisinage : pulpite ; stomatite ; amygdalite ; fluxions ; abcès ; phlegmon périmaxillaire ; fistules odontopathiques muqueuses et cutanées ; ostéite ; nécrose partielle ou totale du maxillaire, abcès du sinus, etc.

3° Enfin les complications inflammatoires éloignées.

b) Les accidents nerveux comprenant :

1° Des accidents locaux : odontalgie.

2° Des troubles réflexes sur le système moteur, les sécrétions, la nutrition, etc.

3° Des accidents généraux.

Mais cette étude nous entraînerait beaucoup trop loin, nous nous bornerons dans ce travail à parler des complications les plus fréquentes, de celles qui ont un intérêt pratique, journalier, et de celles dont la pathogénie a été méconnue ou insuffisamment étudiée. Au lieu de suivre la marche méthodique que nous avons indiqué, nous ferons donc notre choix, ainsi pour les complications locales nous décrirons seulement les tumeurs du périoste dont l'origine n'a pas été rattachée à une inflammation de cette membrane. A la suite des complications de voisinage les plus intéressantes, nous citerons des troubles « de la vision » (obs. XLI, XLII, XLII, XLIV, XLV, XLVI, XLVII, XLVIII) et de l'audition (obs. XLVIII, XLIX, VIII) consécutifs à la périostite alvéolo-dentaire.

Enfin nous terminerons l'histoire des complications par des

exemples de phénomènes nerveux généraux, le « tétanos, l'épilepsie. » (L, LI, L11.)

Encore nous faudra-t-il tout en limitant ainsi notre sujet savoir abréger nos descriptions, la plupart de ces complications pouvant facilement fournir matière à une monographie spéciale et étendue. Nous ne ferons donc point l'histoire de ces complications nous nous contenterons d'indiquer le lien qui les rattache directement à notre sujet, insistant seulement sur les points qui nous présentent un intérêt immédiat pour le but que nous nous proposons.

A. Complications inflammatoires.

1° *Complications locales.*

Tumeurs du périoste alvéolo-dentaire.— Il n'est pas rare de rencontrer sur les racines d'une dent, extraite pour cause de périostite, une hypertrophie un épaississement du périoste alvéolo-dentaire que cette hypertrophie occupe toute l'étendue du périoste ou qu'elle soit limitée, c'est là un phénomène habituel, constant d'une des phases du processus inflammatoire de la périostite et que l'étude anatomo-pathologique de cette affection nous a déjà rendu familier. Nous avons vu que la maladie pouvait ainsi rester stationnaire ou suivre une marche subaiguë caractérisée par la genèse d'éléments nouveaux et le développement des éléments préexistants sans parcourir les phases ultimes de la suppuration. Ce dernier phénomène pourra même se manifester isolément sur un point du périoste ou sur une des racines dans une dent composée, tandis que sur les autre points de cette membrane ou sur le périoste des autres racines de la même dent, la maladie en restera à sa phase stationnaire ou hypertrophique (obs. VI). Ainsi localisé à un seul point, ce développement pourra en imposer pour une production organique du périoste alvéolo-dentaire. C'est en effet sous le nom de tumeurs du périoste et en les rangeant parmi les affections organiques que Magitot a décrit ces hypertrophies qui ne sont pour nous qu'un des phénomènes anatomiques de la périostite (1).

(1) Magitot. *Mémoire sur les tumeurs du périoste alvéolo-dentaire,* lu à la Société de chirurgie de Paris, le 13 avril 1859.

L'étude rapide que nous avons faite de l'anatomie normale et de l'anatomie pathologique dn périoste alvéolo-dentaire, nous a déjà fait entrevoir le mode de formation de la plupart des tumeurs qui peuvent se développer dans cette membrane sous l'influence d'un processus inflammatoire. C'est en effet pour nous le début constant de presque toutes ces affections ; nous serions même portés à croire que toutes ont cette origine commune, mais nous ne voulons point encore nous permettre une affirmation aussi absolue. Notre conviction au moins est faite à l'égard de celles que l'on observe le plus souvent, c'est-à-dire des tumeurs qui reconnaissent pour élément fondamental toutes les variétés évolutives du tissu fibreux depuis son état embryonnaire (obs. IV), jusqu'à son état complet de développement (obs. VII, VIII) en passant par les phases intermédiaires (obs. V, VI). Nulle différence anatomique en effet entre ces productions désignées sous le nom de tumeurs fibreuses, tumeurs fibro-plastiques, tumeurs à cytoblastions(1) et les produits de l'inflammation pure et simple du périoste alvéolo-dentaire. L'état de développement plus ou moins avancé du tissu a déterminé l'appellation de la tumeur, mais en même temps que l'élément constituant, fondamental, on trouve toujours des éléments du tissu fibreux à leurs autres périodes évolutives (obs. VII) quelquefois même, alors que plusieurs productions pathologiques se rencontrent sur la même dent, on pourra constater des phases de développement différente dans chacune d'elles (obs. VI). L'âge du sujet peut quelquefois donner l'explication de la prédominence de tel élément plutôt que de tout autre. Ainsi la tumeur à cytoblastions rapportée par Magitot, a été observée chez un enfant de quatorze ans, sur une première grosse molaire dont le développement radiculaire n'était pas encore complètement achevé et chez lequel le périoste se trouvant par conséquent encore en voie de formation, devait renfermer surtout des éléments à leur premier état évolutif. Les limites de ces tumeurs ne sont jamais bien nettes

(1) Nous avons cru devoir conserver cette dénomination abandonnée depuis longtemps par M. Robin au moins pour désigner un élément particulier, parce qu'elle nous offrait cet avantage de bien indiquer une des périodes évolutives du tissus fibreux.

non plus, l'hypertrophie s'étend plus ou moins loin et quelquefois porte sur toute la membrane, plus considérable seulement en un point donné (obs. V, VIII).

Si l'étude anatomique da la périostite nous a amené à considérer les diverses variétés de tumeurs fibreuses du périoste comme des produits inflammatoires de cette membrane, nous ne voulons point dire pour cela que d'autres éléments que ceux qui constituent normalement le périoste dentaire ne puissent s'y développer et donner lieu à des productions organiques, à des tumeurs. Magitot a cité des exemples de tumeurs épithéliales. Mais pour nous, c'est encore là un fait d'hétérotopie consécutive le plus souvent sinon toujours à une périostite. L'observation IX nous en offre un bien frappant exemple, c'est à la suite d'un traumatisme ayant déterminé une périostite subaiguë avec ébranlemeut de la dent, que se développe une tumeur épithéliale. On comprend du reste que c'est toujours dans la périostite à marche lente, subaiguë qu'ont été observées les tumeurs du périoste dentaire. On les a souvent rencontrées sur des dents qui ne présentaient aucune carie, mais la périostite spontanée n'est pas rare, nous l'avons souvent observée et nous en citons ici des exemples (obs. X, LIII, LIV, LV, LVI, LVII, LVIII, LIX). La périostite spontanée revêt même souvent, d'après nos observations, la marche subaiguë, ce qui explique la fréquence relative des tumeurs du périoste observées sur des racines de dents saines (obs. V, VI, VIII).

Mais souvent aussi ses tumeurs se développent sur des dents plus ou moins altérées (obs. VII) ou déjà obturées (obs. IV). Ces productions s'observent surtout dans les périostites dont la marche subaiguë est interrompue par des poussées successives de périostite aiguë (obs. V, VI, VII, VIII). Jusqu'à ce qu'un jour une influence accidentelle, comme un refroidissement, un traumatisme vienne déterminer un accès plus aigu que les précédents et hâter la marche de la maladie. Dans l'observation VII, nous voyons une tumeur fibreuse se développer sur les racines d'une première grosse molaire inférieure gauche profondément cariée depuis longtemps, alors que le malade est obligé de manger sur cette dent à la suite de l'extraction de l'organe homologue.

Enfin nous pourrions ajouter que ces productions s'observent souvent chez le même sujet sur plusieurs dents (obs. V). Or, nous savons qu'il y a des individus plus que tous autres prédisposés à la périostite chez lesquels toute lésion de l'organe dentaire s'accompagne d'inflammation du périoste alvéolaire ou même qui sont sujets à des accidents de périostite spontanée.

Quoique le rôle de la périostite dans la pathogénie des tumeurs du périoste dentaire ait été méconnu par Magitot, nous croyons que la lecture des observations empruntées à son mémoire, jointe aux considérations anatomiques dans lesquelles nous sommes entré fera partager notre conviction à nos lecteurs qui, dans chaque observation, verront les symptômes caractéristiques de la périostite, et surtout de la périostite subaiguë avec accès aigus intermittents, précéder le développement de ces productions pathologiques.

2° *Complications de voisinage.*

Nous avons étudié les lésions et les symptômes de l'inflammation limitée au périoste alvéolo-dentaire, mais cette inflammation peut s'étendre aux parties voisines, os et parties molles, y déterminer des lésions multiples et, de proche en proche, gagner des parties plus ou moins éloignées.

Le mécanisme de cette propagation inflammatoire diffère suivant le cas, mais nous croyons un peu subtil et surtout d'une utilité pratique contestable de chercher à l'expliquer en fixant le début de l'inflammation à la face interne ou à la face externe du périoste dentaire (1). Tandis que l'inflammation de la face interne déterminerait le décollement du périoste à sa face cémentaire et la formation d'un petit kyste purulent à ce niveau, l'inflammation de la face externe pourrait ainsi s'étendre au maxillaire lui-même et provoquer des abcès sous-périostiques, puis des accidents plus étendus, et ensuite la formation par exemple, de fistules à ouvertures diverses. Cette division nous paraît absolument théorique, car, dans tous les

(1) Foucher. *Gazette des hôpitaux*, 29 juillet 1856.

cas d'ostéite ou de nécrose partielle du maxillaire consécutive à une périostite alvéolo-dentaire, aussi bien que dans tous les cas de fistules odontopathiques muqueuses ou cutanées, récentes ou anciennes, nous avons toujours observé le décollement plus ou moins étendu du périoste dentaire et la mise a nu du cément. Jamais on n'observe ces accidents de voisinage avec l'intégrité du périoste à sa face interne au niveau de l'altération primitive. Pour nous donc, en nous en tenant aux données positives de l'observation et sans chercher si l'inflammation qui occupe rapidement toute l'épaisseur de la membrane a eu pour point de départ la face interne ou la face externe du périoste, nous dirons que cette inflammation à ses divers degrés peut très-bien ne pas rester confinée dans ses limites alvéolaires et s'étendre aux parties voisines par des voies diverses que nous indiquerons brièvement.

L'inflammation de la pulpe consécutivement à une périostite alvéolo-dentaire est fréquente (obs. L), et s'explique facilement par les rapports de cet organe avec le périoste dentaire confondu au niveau du sommet de la dent avec la gaîne du faisceau vasculo-nerveux destiné à la pulpe. Nous croyons inutile d'insister sur cette complication dont les symptômes viennent fréquemment s'ajouter à ceux de la périostite, symptômes que nous étudierons au chapitre du diagnostic différentiel.

Souvent limitée d'abord à un seul point du périoste et presque toujours alors au sommet, la périostite peut devenir totale, envahir toute l'étendue du périoste dentaire sur toute sa circonférence et du sommet de la dent à son collet. A ce niveau, la continuité du périoste avec le tissu de la gencive explique facilement la possibilité de stomatites partielles ou totales, d'amygdalites, de périostites alvéolo-dentaires développées sur les dents voisines, etc. On comprend aussi que, du collet, l'inflammation gagne la face externe du périoste maxillaire lui-même et détermine la formation d'abcès sus-périostiques plus ou moins étendus.

Nous avons vu aussi, à propos de l'anatomie pathologique, qu'à la période de suppuration le pus formé ordinairement vers le sommet de la dent, s'écoulait par le canal dentaire, lorsque celui-ci était perméable ou bien s'accumulait entre le cément et le périoste

et, décollant peu à peu celui-ci, pouvait venir se faire jour à la gencive, au niveau du collet, mais souvent aussi, il arrive que ce décollement reste limité et il se forme ainsi une petite poche purulente à l'extrémité de la racine. L'affection a-t-elle une marche lente subaiguë, nous assisterons à la formation d'un kyste périostique de la mâchoire; prend-t-elle, au contraire, une marche aiguë, la formation rapide du pus déterminera la rupture de cette petite poche, consécutivement une ostéite, puis une nécrose très-limitée le plus souvent du maxillaire et la formation d'abcès sous-périostiques pouvant eux-mêmes s'étendre et déterminer des accidents graves tels que phlegmons péri-maxillaires, phlegmons du cou, etc. Si l'inflammation du maxillaire est plus considérable nous pourrons voir une véritable ostéo-périostite du maxillaire se déclarer. Les abcès des gencives, les phlegmons péri-maxillaires aboutiront à la formation de fistules muqueuses ou cutanées; des nécroses plus ou moins étendues embrassant quelquefois toute la mâchoire pourront être produites par ces accidents; accidents inflammatoires qui pourront même s'étendre par propagation aux veines faciales, et de là au sinus du crâne et amener des complications de la dernière gravité, méningo-encéphalite, phlébite des sinus. Nous allons passer successivement en revue quelques-uns de ces accidents.

Gingivite, stomatite, amygdalite.— Toujours au niveau d'une dent atteinte de périostite, au moins de périostite aiguë, on constate de la rougeur et une inflammation le plus souvent légère de la gencive, mais il n'est pas rare non plus de voir cette inflammation s'étendre à tout le bord gingival du côté de la dent malade et cela souvent aux deux mâchoires. Au bout de quelque temps les gencives se couvrent alors d'un enduit blanchâtre se détachant facilement en minces pellicules et formées tout simplement par une desquammation épithéliale de la muqueuse ainsi que nous nous en sommes assurés à plusieurs reprises par l'examen directe. Cette inflammation dépasse quelquefois même la ligne médiane à laquelle elle reste le plus souvent limitée et gagne alors toute la bouche, mais ce n'est plus alors une gingivite, c'est une véritable stomatite

avec fétidité de l'haleine et une gêne considérable pour le malade. Cette affection amène ordinairement une amygdalite plus ou moins intense, mais l'amygdalite s'observe aussi quand même l'inflammation n'a point atteint toute la muqueuse buccale, alors que la périostite occupe une des dernières molaires et surtout une molaire inférieure. Un ptyalisme considérable dû à la fois à l'hypersécrétion salivaire et à la difficulté de la déglutition s'observe en même temps. Ces complications sans gravité aucune ordinairement cèdent facilement aux moyens habituels et dès que la périostite alvéolo-dentaire s'amende un peu.

Périostite de voisinage par propagation directe. — Le plus souvent, la périostite n'occupe qu'une seule dent, mais on peut aussi l'observer, chez le même individu, sur plusieurs dents voisines ou éloignées, soumises aux mêmes influences étiologiques, carie, refroidissement, traumatisme, etc. La même cause ou une cause différente pour chaque dent, aura porté son action sur chacune d'elles en particulier. Il est plus rare d'observer la propagation de l'inflammation au périoste d'une dent voisine, le périoste dentaire est en effet assez bien isolé dans son alvéole et le plus souvent, la périostite ne franchit pas cette limite, quelquefois cependant, au lieu de rester une affection locale, isolée, l'inflammation s'étend au périoste d'une dent voisine, quelquefois même à celui des deux dents qui entourent l'organe primitivement atteint. Les rapports anatomiques entre le périoste des dents contiguës au niveau de la base des cloisons alvéolaires explique facilement la marche, et semblerait même faire craindre une plus grande fréquence de cette propagation. Ce fait est assez rare cependant, avons-nous dit, au moins en tant que périostite aiguë, et bien caractérisée, car il arrive souvent de provoquer de la douleur par la percussion sur des dents immédiatement contiguës à celle atteinte de périostite, mais cette douleur est le plus souvent assez légère, elle ne s'observe que lorsque la périostite de la dent primitivement atteinte est très-aiguë, et peut-être alors y a-t-il plutôt un peu d'ostéite du maxillaire dans une certaine étendue; il faut aussi distinguer le cas où les dents, étant

assez serrées, les vibrations produites sur une dent voisine sont alors transmises à la dent malade et douloureuse.

Lorsqu'elle a lieu, cette propagation peut même s'étendre davantage et gagner de proche en proche le périoste d'un plus ou moins grand nombre de dents. Tout un côté de la bouche pourra ainsi se prendre. N'y a-t-il pas, dans ce cas, quelque prédisposition individuelle? Nous serions porté à le croire. Les symptômes de la périostite peuvent même diminuer, disparaître complètement sur la dent primitivement atteinte, tandis que l'affection continue sa marche sur les dents consécutivement affectées. Notre observation X, donne un exemple de ce fait : la périostite, qui avait débuté par la première grosse molaire, disparut rapidement à ce niveau, mais continua sa marche sur les dents voisines. La gravité des symptômes augmente naturellement avec le nombre des dents atteintes et l'acuité de l'affection, les symptômes généraux peuvent alors prendre une importance tout à ait exceptionnelle (obs. X).

Kystes périostiques des machoires. — Au lieu d'embrasser toute l'étendue du périoste alvéolo-dentaire et de gagner ainsi les parties voisines par l'intermédiaire de la gencive, l'inflammation avons-nous dit, peut très-bien rester renfermée dans l'alvéole. n'occuper même qu'une portion du périoste dentaire ou au moins, ne poursuivre ses phases successives que sur un seul point, les phénomènes inflammatoires disparaissant sur le reste de la membrane d'abord atteinte en totalité. A un moment donné une petite quantité de pus ou de sérosité purulente s'accumule entre le cément et le périoste décollé. Cette petite poche, située le plus souvent au sommet de la racine, mais qui peut fort bien aussi avoir son siége sur un des côtés, augmente peu à peu de volume au fur et à mesure de la production du pus. Cette augmentation est due non-seulement à la distension continue, mais aussi à l'hypergénèse des éléments du périoste dont l'épaisseur peut aussi varier en même temps, quelquefois il est aminci, plus souvent au contraire, il a gagné en épaisseur. Cette distension se fait d'une façon lente, sans phénomènes inflammatoires bien marqués, et nous assistons ainsi, le malade souffrant à peine, à la formation

d'un kyste périostique de la mâchoire, dont le développement pourra atteindre des limites considérables et dont le contenu d'abord purulent, pourra se transformer à un moment donné, ainsi que l'a indiqué M. le professeur Broca (1). Ce mode de développement des kystes de la mâchoire aux dépens du périoste alvéolo-dentaire a été décrit de main de maître par Magitot (2) dans un excellent mémoire où il s'est efforcé de démontrer qu'à part les corps enkystés des maxillaires, tous les kystes observés dans ces os avaient leur origine dans le système dentaire, qu'il n'y avait ainsi, que deux sortes de kystes des mâchoires : les uns kystes périostiques connus déjà par les travaux de Coleman (3), Salter, Fischer ; les autres kystes folliculaires, ayant pour enveloppe la paroi même du follicule et indiqués pour la première fois par notre maître et ami M. le Dr Guibout (4). C'est donc toujours la même membrane à différents degrés de développement qui forme la poche de ces kystes, que ce soit à l'état de paroi folliculaire, comme dans les kystes de la seconde variété, ou à l'état de périoste alvéolo-dentaire comme dans ceux de la première. Que l'affection ait pris naissance sur une dent cariée (obs. XI), sur un débris de racine ou sur une dent absolument saine (obs. XII, XIII), c'est toujours la périostite (obs. XI, XII, XIII), et c'est sur ce point que nous insistons spécialement ici, c'est toujours la périostite qui a été le point de départ, la cause première de la maladie, périostite consécutive (obs. XI), spontanée ou traumatique (obs. XII, XIII), mais c'est ordinairement dans les cas de périostite subaiguë à marche inflammatoire lente, que l'on observe ainsi la formation de ces kystes. Des poussées inflammatoires plus ou moins aiguës peuvent s'observer dans le cours du développement de ces tumeurs et surtout au début (obs. XII, XIII), mais elles sont ordinairement de courte durée et après leur disparition, l'affection reprend sa marche progressive et indolore.

(1) Broca. *Traité des tumeurs*, t. II, p. 121.

(2) Magitot. *Mémoire sur les kystes des mâchoires*. Archives générales de médecine, 1872-73.

(3) Coleman. *Transact of the, odont. log.* Society, 1862.

(4) Guibout. *Union médicale*, 1847, p. 449, 454, 458 et 469.

Parmi les causes qui favorisent ou déterminent la formation des kystes, nous ne devons pas omettre de mentionner le fait intéressant d'une obturation mal raisonnée, venant mettre obstacle à l'écoulement d'un liquide purulent ou séro-purulent, dans les cas de périostite chronique, avec perméabilité du canal dentaire. Supprimé ainsi mécaniquement, cet écoulement, s'il est abondant, déterminera une périostite aiguë avec toutes ses conséquences, s'il est peu abondant, au contraire, de façon à passer inaperçu, ce qui a lieu le plus souvent et à fournir une gouttelette de pus dans les vingt-quatre heures, sa rétention va déterminer peu à peu le décollement du périoste sur la racine malade, et la distension progressive de cette membrane. Là encore, c'est à une périostite, mais alors à une périostite chronique et déjà ancienne, qu'il faudra attribuer le développement de la maladie.

Dans tous les cas, sur un point de la tumeur et traversant sa paroi, on trouve toujours l'extrémité de la racine primitivement atteinte, ordinairement résorbée en grande partie (obs. XI). Plusieurs racines peuvent aussi pénétrer la tumeur, soit que celle-ci les ait successivement envahies, soit que plusieurs dents aient donné lieu à la même affection.

Adénite, phlegmons, abcès péri-maxillaires. — Sous le nom de suppurations péri-maxillaires, M. Chassaignac comprend « une foule de collections purulentes, variables dans leur origine, mais ayant toutes ceci de commun qu'elles offrent un rapport de voisinage avec les os de la mâchoire et qu'elles exercent une influence plus ou moins marquée sur les fonctions de l'appareil maxillaire (1). »

Nous emprunterons à M. Chassaignac cette dénomination de péri-maxillaire pour l'appliquer à tous les accidents inflammatoires de voisinage, adénites, phlegmons, abcès consécutifs à la périostite alvéolo-dentaire, et à son exemple nous distinguerons ces complications suivant leur siége au-dessus ou au-dessous du rebord saillant qui constitue la base de la mâchoire inférieure.

(1) Chassaignac. *Traité pratique de la suppuration*, t. II, p. 177.

Cette distinction topographique est, en effet, des plus importante.

Parmi les phlegmons et abcès péri-maxillaires, nous ne décrirons, bien entendu, que ceux dont l'origine a été une périostite alvéolo-dentaire, mais il faut dire, il est vrai, que c'est là la cause la plus fréquente, presque constante de ces accidents. Si, M. Chassaignac, en effet, a divisé chacune de ses deux grandes classes d'abcès en cinq espèces différentes :

1° Abcès phlegmonneux simple,
2° » angioleucitiques,
3° » odontopathiques,
4° » ostéopathiques,
5° » salivaires.

Il est facile de se convaincre par la lecture de ses observations que sa troisième espèce, celle des abcès odontopathiques est loin d'être complète, et que la plupart des abcès qu'il désigne sous les noms d'abcès angioleucitiques et d'abcès ostéopathiques sont sous la dépendance de lésions du système dentaire et en particulier de l'inflammation du périoste. L'exemple d'abcès sus-maxillaire ostéopathique dont il donne l'observation (1) est justement un cas d'abcès odontopathique. Il en est de même pour la plupart des abcès sous-maxillaires dits ostéopathiques, le titre même de l'observation l'indique ; ainsi, l'observation 387 porte : *Phlegmon sous-maxillaire ostéopathique consécutif à une carie dentaire*, etc. (2); les accidents rapportés dans les observations 388 et 389 reconnaissent encore la même cause.

Parmi ces abcès péri-maxillaires, nous décrirons les phlegmons et les abcès des gencives, désignés sous le nom de parulie et consécutif à la périostite ; il nous semble, en effet, que c'est bien là leur place, d'autant que souvent ils ne sont que le début des phlegmons sus et sous-maxillaires surtout, et qu'en s'étendant ils peuvent devenir l'origine de toutes les lésions habituelles à ces accidents. C'est là aussi que nous rangerons les abcès de la voûte

(1) *Traité de la suppuration*, t. II, p. 184, obs. CCCL
)2) *Loco citat.*, t. II, p. 217, obs. CCCLXXXVII.

palatine qui empruntent à leur siége certains caractères particuliers.

Adénite. — On observe très-souvent l'adénite dans le cours de la périostite alvéolo-dentaire, au moins à l'état d'engorgement ganglionnaire, non pas que dans ce cas l'adénite ne puisse arriver à la suppuration, mais il est rare que les malades attendent ce moment pour réclamer l'intervention chirurgicale qui les met ordinairement à l'abri de cette terminaison. Une fois la périostite guérie ou la dent enlevée, les accidents disparaissent en effet et rapidement (obs. XV).

Cet engorgement est le plus souvent peu douloureux, il peut occuper un ou plusieurs ganglions, nous citons l'observation d'une jeune femme chez laquelle une dizaine de ganglions du volume d'une noix formaient un chapelet complet autour du maxillaire inférieur (obs. XVI). C'est presque toujours un adénite sous-maxillaire que provoque la périostite, qu'elle occupe une dent de mâchoire supérieure ou de la mâchoire inférieure. On observe cependant quelquefois l'adénite sus-maxillaire, elle siége alors à la région parotidienne, nous l'avons vue plusieurs fois, mais c'est là un fait très-rare comparativement à la fréquence de l'adénite sous-maxillaire, ce qui se conçoit facilement, cette dernière région étant l'aboutissant de tout le système lymphatique de la face. C'est bien ordinairement là, en effet, une adénite par transmission inflammatoire suivant le trajet des lymphatiques, mais il est à peu près impossible de constater par quel trajet s'est faite cette transmission, l'inflammation des vaisseaux n'ayant été que très-légère et ayant déjà disparu au moment où l'on observe l'adénite.

Nous avons dit que cette adénite cédait ordinairement très-vite (obs. XV) après la disparition de la périostite qui l'avait occasionnée, quelquefois cependant cette résorption demande un temps assez long, des mois, et il arrive aussi que chez certains individus prédisposés, cet engorgement ganglionnaire persiste après la guérison de la périostite et même après l'extraction de la dent primitivement affectée.

Phlegmon, abcès des gencives (*parulie*). — Les phlegmons des gencives connus sous le nom de parulie, complication fréquente de la périostite peuvent être produits de deux façons différentes, ce qui nous expliquera leur bénignité, leur guérison rapide dans un cas, la persistance des fistules ou le retour périodique des accidents dont ils ont été l'origine dans l'autre. Nous croyons utile d'indiquer en quelques mots le mécanisme de ces deux variétés. C'est, en effet, pour avoir méconnu cette petite question de pathogénie indiquée déjà par Foucher (1), que les auteurs en réunissant dans la même description ces deux variétés du phlegmon des gencives nous ont tracé une histoire un peu confuse de la maladie.

L'inflammation du périoste alvéolo-dentaire peut se transmettre au tissu gingival, soit directement, soit par l'intermédiaire du périoste maxillaire, la continuité de ces tissus au niveau du collet de la dent nous a déjà expliqué la facilité de cette transmission. Une fois produite il est rare que cette inflammation se termine par résolution, la périostite qui lui a donné naissance peut même disparaître sans que cela l'empêche de continuer sa marche. Ce phlegmon des gencives se traduit par un gonflement douloureux, d'abord rouge, vermeil, puis livide, le centre de la petite tumeur pointe, blanchit et finit bien souvent par se rompre spontanément donnant issue à une petite quantité de pus. Cette petite ouverture se cicatrise bientôt et tous les accidents disparaissent. La terminaison cependant n'est pas toujours aussi favorable, et l'inflammation qui reste ordinairement limitée et dont le siége habituel est très-proche du bord libre de la gencive, peut s'étendre au cul-de-sac alvéolo-labial et aux joues, il est donc prudent d'intervenir et d'ouvrir ces abcès de bonne heure. Si l'on introduit un stylet par l'ouverture, on ne constate pas de dénudation du côté du maxillaire, nous avons affaire, dans ce cas, à à un abcès sus-périostique.

Le flegmon des gencives peut encore se produire d'une façon toute différente. Cette fois l'inflammation du périoste confinée

(1) Foucher. *Gazette des hôpitaux*, 29 juillet 1856.

dans l'alvéolo vient de se terminer par suppuration; après avoir détruit le périoste alvéolaire sur un point, le pus s'infiltre dans l'os maxillaire à ce niveau, produisant une ostéite et consécutivement une nécrose très-limitées, arrive sous la face interne du périoste maxillaire qui se soulève, s'enflamme à son contact et transmet l'inflammation au tissu gingival, créant ainsi ce que Velpeau appelait un abcès en bouton de chemise. Nous avons encore là devant nous un abcès de la gencive, mais son mode de production a été tout autre cette fois, et c'est un abcès sous-périostique. C'est alors surtout qu'il est utile d'intervenir de bonne heure pour donner issu au pus, empêcher l'inflammation de s'étendre au périoste maxillaire et d'amener consécutivement des nécroses. Il ne faut pas craindre non plus d'enfoncer profondément le bistouri, la pointe doit arriver au contact de l'os et débrider le périoste. Les caractères extérieurs de la maladie diffèrent peu, cependant la douleur est plus intense, profonde, la marche moins rapide, le pus est ordinairement plus abondant, il est mal lié, séreux, un stylet introduit par l'ouverture arrive sur l'os dénudé et rugueux; le gonflement des parties molles diminue moins rapidement, l'ouverture ne se cicatrise pas, elle reste fistuleuse. Quelquefois cependant, au bout d'un certain temps, il arrive que l'ouverture se ferme, mais presque aussitôt le malade est repris d'un petit phlegmon de la gencive dont l'ouverture spontanée reste fistuleuse à son tour; cette petite fistule peut très-bien s'être ainsi un peu déplacée en même temps. Ce petit accident se répète fréquemment chez certaines personnes, et l'affection évolue avec une rapidité extrême, du jour au lendemain. Chez d'autres, au contraire, la cicatrisation s'est maintenue assez longtemps, pour faire croire à une guérison complète lorsque des accidents aigus se déclarent de nouveau. Il n'est pas rare alors de voir une ou plusieurs parcelles osseuses éliminées par la suppuration.

Cette seconde variété ne peut être désignée sous le nom de parulie que lorsque les accidents inflammatoires sont très-localisés et ne s'étendent pas au-delà de la gencive, autrement ils rentrent dans les abcès péri-maxillaires, à l'étude desquels nous allons passer maintenant.

Phlegmons, abcès sus-maxillaires. — L'inflammation du périoste alvéolo-dentaire peut provoquer ces phlegmons, de même que ceux de la région sous-maxillaire, suivant les deux modes de transmission que nous venons d'indiquer pour les abcès des gencives ; nous n'y reviendrons donc pas. Disons toutefois que le deuxième mode de production, c'est-à-dire celui qui s'effectue par la migration du pus au travers de l'alvéole après la suppuration du périoste dentaire, est le plus ordinaire. Bien que ce soit le plus souvent une périostite alvéolo-dentaire de la mâchoire supérieure qui détermine ces abcès, il n'est pas absolument rare de les observer consécutivement à une périostite siégeant en un point du maxillaire inférieur : le phlegmon de la région massétérine dont notre observation XVIII fait l'histoire reconnaissait pour cause une périostite de la troisième molaire inférieure droite.

Les phlegmons sus-maxillaires sont bien moins fréquents que les abcès sous-maxillaires, leur gravité est bien moindre aussi ; il est rare de les voir s'étendre et gagner la face, le plus souvent ils peuvent être complètement abandonnés à la nature, s'ils ne se terminent pas par résolution, ils s'ouvrent d'eux-mêmes sans produire de grands désordres. Ils restent presque toujours sous-muqueux, et leur ouverture spontanée se fait dans la bouche C'est aussi par la bouche que le chirurgien les incise, lorsqu'il est obligé d'intervenir ; la plaie destinée à l'évacuation du foyer occupe ainsi la partie la moins élevée et ne donne lieu à aucune cicatrice apparente. Quelquefois cependant ils deviennent sous-cutanés, mais nous le répétons, cette terminaison, si fréquente pour les abcès sous-maxillaires, est ici assez rare ; lorsqu'elle se produit, elle entraîne alors d'assez sérieuses conséquences, l'ouverture spontanée ou voulue ayant lieu à la joue et étant suivie de tous les inconvénients physiques inhérents à une fistule ou à une cicatrice dans cette région.

Au lieu de se porter vers la face externe de l'os et de venir provoquer une tumeur inflammatoire saillante dans le vestibule de la bouche, le pus peut très-bien perforer l'alvéole en dedans, décoller le périoste de la voûte palatine sur une plus ou moins

grande étendue et produire une collection purulente sur ce point. Toutes les dents de la mâchoire supérieure peuvent ainsi produire ces abcès de la voûte palatine : notre observation LXV cite le fait d'une fistule de la voûte palatine consécutive à une périostite de la première grosse molaire supérieure gauche qui avait amené la formation d'un abcès dans cette région. Ce sont les dents antérieures cependant, canines et incisives, qui amènent le plus souvent cette complication, et les incisives latérales en particulier (obs. XXXIII). La muqueuse palatine offre une très-grande résistance au développement de ces abcès, et la suppuration ne trouvant point à s'étendre facilement de ce côté, il est fréquent de voir un abcès de la gencive suivre de près la formation d'un abcès de la voûte palatine, donnant ainsi au pus une issue plus facile par l'établissement d'une fistule gingivale (obs. XXXIII, XLVIII). L'ouverture spontanée de l'abcès de la voûte palatine s'observe cependant quelquefois, lorsqu'elle se fait après la formation d'une fistule gingivale, le malade porte ainsi une fistule double traversant le bord alvéolaire et dont la partie moyenne répond au sommet de la dent altérée (obs. LXXVIII). Il en est de même lorsqu'on incise ces abcès, mais, dans les deux cas, il est habituel de voir une des ouvertures se fermer rapidement après l'évacuation du pus. c'est ordinairement la fistule palatine qui persiste, en raison sans doute du décollement de la muqueuse et de sa situation défavorable à son rapprochement des parties osseuses (obs. XXXIII).

Phlegmons, abcès sous-maxillaires. — Ces complications sont beaucoup plus fréquentes que les précédentes et beaucoup plus graves aussi.

Tandis qu'à la mâchoire supérieure, les abcès odontopathiques sont principalement sous-muqueux, à la mâchoire inférieure, ils sont surtout sous-cutanés; l'intervention chirurgicale, inutile le plus souvent pour les premiers, est ici impérieusement nécessaire et de bonne heure, mais les incisions ne pourront être faites par la bouche, la plaie se trouverait ainsi à la partie supérieure du foyer, c'est-à-dire dans la situation la plus défavorable à l'éva-

cuation du pus. L'inflammation menace toujours de se propager vers la partie inférieure du cou et même vers la poitrine, et cette propagation est quelquefois si rapide où elle entraîne de tels désordres qu'elle rend inutile toute intervention (obs. XXI).

Ces accidents sont graves, surtout quand ils atteignent un sujet cachectique ou débilité par les privations ou les excès. Ainsi, dans notre observation XX, nous voyons un phlegmon gangréneux consécutif à une périostite alvéolo-dentaire envahir en deux jours la face et le cou d'un sujet alcoolique et amener sa mort malgré le traitement le plus énergique. L'observation XIX nous montre une périostite de la canine inférieure gauche déterminant un phlegmon de la région sus-hyoïdienne chez une rachitique dont l'ailmentation était insuffisante.

C'est dans les abcès sous-maxillaires aussi, que l'on observe le plus souvent des propagations inflammatoires du côté des centres nerveux, des méninges et du cerveau, consécutivement à l'inflammation des veines faciales, propagations inflammatoires dont l'issue fatale est la règle. Dans l'observation XXII, nous voyons le malade succomber à une méningo-céphalite consécutive à une phlébite étendue aux sinus mêmes de la dure-mère et dont le point de départ avait été une périostite d'une molaire inférieure gauche. C'est dans un cas analogue que M. Guyon a aussi observé la propagation de l'inflammation aux veines faciales et aux sinus crâniens (1).

Même en restant limités, les abcès sous-maxillaires sont encore d'un pronostic sérieux; souvent en effet ils entraînent des pertes de substance plus ou moins considérables de la part du maxillaire inférieur (obs. XXIX, XXX, XXXI). Il arrive aussi, et c'est heureusement le cas le plus fréquent encore, que, malgré l'étendue de l'inflammation, on voit le phlegmon se terminer par résolution, les phénomènes généraux diminuer d'intensité les premiers, et les accidents locaux disparaître peu à peu (obs. XVII). Enfin quelquefois, l'inflammation restant plus locale, l'abcès s'ouvre de lui-même à l'intérieur de la bouche dans le vestibule

(1) *Diction. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. V, p. 333.

(obs. LVI); cette terminaison, moins fréquente ici, avons-nous dit, que pour les abcès sus-maxillaires, s'observe surtout aux dents antérieures, mais il est fréquent aussi de voir une périostite des canines ou incisives inférieures donner naissance à un abcès dont l'ouverture se fera dans la région mentonnière (obs. LIII, LVII, LVIII).

Il arrive aussi, dans les phlegmons péri-maxillaires, que l'extraction même de la dent atteinte de périostite, pratiquée dès le début, ne suffit pas à enrayer la marche ultérieure de la maladie, les phénomènes inflammatoires continuent et aboutissent à la formation d'un abcès. Nous avons observé dernièrement une jeune femme de 30 ans qui vint nous consulter pour un abcès de la joue consécutif à une périostite de la deuxième molaire inférieure gauche; la cause de l'inflammation avait été reconnue et la dent enlevée, mais le phlegmon, continuant malgré cela ses progrès, s'était terminé par un abcès de la joue, abcès qui guérit assez rapidement, mais en laissant une petite cicatrice indélébile.

Souvent la marche de ces abcès est beaucoup moins rapide; on observe cette lenteur d'évolution aussi bien pour les abcès sous-maxillaires que pour les abcès sus-maxillaires, mais elle est beaucoup plus fréquente chez ceux de la voûte palatine que chez tout autre. Là en effet, le abcès ont une tendance à prendre une marche chronique dès le début même, et on les voit alors rester ignorés du malade pendant fort longtemps. Il arrive alors que la pression prolongée et continue, occasionnée par l'abcès peut déterminer la résorption d'une partie de l'apophyse palatine du maxillaire supérieure (obs. XXXIII). C'est presque toujours aussi à une périostite chronique suppurée qu'il faut attribuer la formation de ces abcès à marche si lente. On les voit survenir à la suite d'un obstacle à l'écoulement du pus après une obturation (obs. LXVI) ou après la fermeture d'une fistule (obs. XVI). Nous avons déjà dit que dans ce cas, lorsqu'on ne voyait pas se développer d'accidents aigus, il pouvait se former un kyste périostique de la mâchoire, mais au lieu de rester ainsi enfermé dans l'alvéole, le pus peut se frayer lentement un chemin à travers sa paroi, puis à travers les parties

molles et aller se collecter plus ou moins loin sous la forme d'un kyste purulent (obs. XVI, LXVI), dont le développement se fera tout doucement, sans douleur, mais qui pourra un jour aussi s'enflammer et s'ouvrir aux téguments. Le doigt promené dans le vestibule sent alors un cordon fibreux qui s'étend de la tumeur au maxillaire, au niveau de la dent malade.

Nous devons noter aussi que le pus contenu dans les abcès péri-maxillaires est, dans certains cas, d'une fétidité extrême due sans doute au voisinage de la muqueuse buccale.

L'histoire des abcès péri-maxillaires nous a montré qu'ils s'ouvraient tantôt dans la bouche, tantôt à l'extérieur. Lorsque ces abcès s'ouvrent ainsi à la peau, on constate généralement que l'extrémité des racines dépasse le niveau où la membrane muqueuse se réfléchit de la joue sur les gencives. Ce fait anatomique indiqué déjà par les auteurs du *Compendium*, mais dévoloppé surtout par Salter et admis aussi par Magitot, nous donne l'explication des différentes issues du pus suivant le siége exacte de l'affection primitive. Que cette ouverture se fasse dans la bouche ou vers la peau, qu'elle soit spontanée ou artificielle, elle ne se cicatrise pas, l'orifice reste fistuleux constituant ainsi une fistule dentaire, affection qui fera maintenant l'objet de nos études.

Fistules odontopathiques. — Ainsi que nous venons de le dire, ces fistules succèdent à l'ouverture des abcès péri-maxillaires, que ces abcès soient limités à la gencive ou qu'ils s'étendent aux parties voisines. Cependant les abcès des gencives consécutifs à une propagation directe de l'inflammation périostale au tissu gingival sans altération consécutive du cément ou de l'alvéole et par lesquels nous avons commencé notre description des phlegmons péri-maxillaires ne donnent pas lieu à ces accidents. Ces fistules cutanées ou muqueuses sont bien souvent la terminaison des phlegmons étendus, à marche douloureuse et rapide, que nous avons étudiés, mais plus souvent encore elles succèdent aux abcès à marche lente et indolore. Cela s'observe surtout pour les fistules cutanées, les fistules faciales en particulier, celles pour lesquelles on est le plus souvent consulté, les fistules muqueuses n'entraînant

pour la plupart aucun inconvénient apparent et restant fréquemment ignorées des malades eux-mêmes. Une périostite chronique avec suintement entretenait depuis longtemps une fistule gingivale et occasionnait ces petits abcès à répétition (obs. XVI), dont nous avons déjà parlé. Sous l'influence d'une cause quelconque, la fistule gingivale s'oblitère complètement, cette oblitération détermine une petite poussée de périostite aiguë et une fluxion qui disparaît plus ou moins rapidement mais en laissant un noyau induré dans la profondeur de la joue (obs. XXIII). L'apparition de ce noyau induré n'est même souvent précédée d'aucun phénomène concomittant, fluxion ou autre (obs. XVI, LXVIII). Cette petite tumeur augmente de volume en avançant peu à peu vers l'extérieur, enfin la peau finit par se prendre, s'amincit, se perfore, l'abcès est maintenant ouvert et donne lieu à une fistule permanente. Quelquefois aussi c'est le chirurgien, qui méconnaissant l'origine de la maladie, hâte cette terminaison en intervenant d'une façon intempestive pour amener la résolution de ce noyau d'induration (obs. XXIII). Pendant tout ce temps, la dent qui est le point de départ de tous les accidents reste presque toujours complétement indolente. Les quelques douleurs éprouvées de ce côté par le malade dans le cours des abcès à répétition ont disparu avec les accidents gingivaux. La dent est saine ou cariée, obturée ou non, mais en général la pulpe a totalement disparu ; la pression, la percussion ne provoquent aucune douleur. On conçoit alors la répugnance des malades a en faire le sacrifice (obs. LXVII) et le chirurgien doit être bien sûr de son diagnostic avant d'essayer de les convaincre, alors surtout qu'il s'agit d'une dent dont la couronne est intacte. Au chapitre du diagnostic, nous indiquerons les précautions dont doit s'entourer le chirurgien, dans ce cas, avant de rien affirmer, et les signes particuliers qui lui permettent d'assurer que telle dent plutôt que telle autre a été la cause de la fistule (obs. LXIII).

Nous ne pouvons faire ici l'histoire complète de ces fistules, nous nous bornerons à indiquer en quelques mots, les particularités les plus intéressantes à étudier à leur point de départ, sur leur trajet et à leur orifice.

Nous ne reviendrons pas sur les lésions des racines dans ce cas, nous avons déjà étudié ces altérations du périoste, du cément et de l'ivoire, à propos de l'anatomie pathologique. Du côté du maxillaire, les désordres sont souvent des plus limités, l'alvéole seulement est atteint, et encore partiellement. En général, sa paroi est amincie et perforée, en un point, d'un orifice régulier, percé comme à l'emporte-pièce; plus souvent encore, elle prend l'apparence d'une lame criblée; une infinité de petits trous livrent passage à la suppuration; à ce niveau, l'os est dénudé de son périoste et rugueux. L'altération, cependant, peut être beaucoup plus étendue et constituer de véritables sequestres, quelquefois considérables, qui deviennent eux-mêmes la cause de complications et provoquent et entretiennent de nouvelles fistules. Nous reviendrons sur ce sujet en parlant des nécroses du maxillaire consécutives à la périostite alvéolo-dentaire.

Le plus souvent le trajet fistuleux est unique, mais il peut être double, multiple; il n'est pas rare, non plus, d'en constater plusieurs chez le même sujet, se rendant séparément à des dents atteintes chacune de périostite chronique. Quand l'abcès s'est ouvert dans la bouche, directement au niveau de la racine atteinte, son trajet est si peu étendu qu'il n'existe pas, pour ainsi dire, et n'offre rien de particulier, mais, dans les fistules gingivales même, le trajet peut avoir une certaine étendue, souvent, en effet, l'orifice est assez éloigné de la dent malade. Dans ce cas, encore, cependant, le trajet n'offre rien de bien remarquable, c'est plutôt un décollement de la muqueuse, et lorsqu'on a enlevé la dent ou guéri la périostite, il ne reste, ordinairement, aucune trace de son existence. Il n'en est malheureusement pas de même alors que la fistule s'est ouverte au dehors; dans ce cas, ainsi que nous le verrons tout à l'heure en parlant du siége des orifices fistuleux, le trajet peut être très-étendu et s'accompagne bientôt, sur tout son parcours, d'une induration des tissus environnants, induration qui ne tarde pas à convertir le trajet fistuleux en une bride, parfois fort épaisse, donnant au doigt la sensation d'un corps dur qui, du maxillaire, se rend à la peau (obs. XVI, LXVI). Cette bride, qu'il est souvent facile de sentir au fond du cul-de-sac muqueux,

fournit ainsi d'utiles renseignements pour le diagnostic de la dent atteinte, mais, par sa tendance à se rétracter et à se raccourcir sans cesse, elle attire fortement la peau vers l'os et imprime à l'orifice un aspect tout particulier, remarquable surtout dans les fistules faciales.

L'orifice des fistules odontopathiques présente des caractères différents, suivant son siége, dans la bouche ou à l'extérieur. A la muqueuse, l'ouverture fistuleuse se présente quelquefois sous la forme d'une sorte de papille allongée, flexible et flasque, au travers de laquelle le pus a l'air de sourdre; mais, en la déprimant avec un stylet, on constate à son centre la présence d'un pertuis unique, masqué par le développement fongueux de son pourtour. D'autres fois, c'est une petite saillie, dure, granuleuse, analogue au tissu cicatriciel. A la peau, l'orifice présente des aspects plus variables encore. Lorsque la fistule existe depuis un certain temps déjà, la rétraction des parois du trajet imprime à l'orifice une dépression en cul-de-poule, fréquente surtout à la face, et de laquelle s'échappe un liquide purulent et séreux. Lorsqu'il est peu abondant, cet écoulement forme, en séchant, sur les bords, des petites croûtes jaunes, plus ou moins épaisses, qui comblent momentanément l'orifice et peuvent faire croire à sa cicatrisation au-dessous; mais bientôt cette croûte se détache en un point, se soulève, laisse couler le pus et finit par tomber; puis la même série de phénomènes recommence et se répète ainsi indéfiniment. D'autres fois, il y a comme une sorte de boursouflure de la peau, qui est violacée, rougeâtre et amincie sur une certaine étendue. Ici, l'orifice prend tout à fait l'aspect des fistules urinaires (obs. XXVIII); là, on croirait plutôt à des ulcérations scrofuleuses (obs. XXVIII).

La plupart du temps il n'y a qu'un orifice, souvent aussi il y en a plusieurs. Il est fréquent d'en voir deux (obs. XXVII), mais on en observe quelquefois un très-grand nombre: ainsi, notre observation XXVIII nous montre douze orifices fistuleux siégeant sur le côté droit, depuis le sommet de la tête jusqu'à la clavicule.

La situation particulière de ces orifices varie avec les dents qui ont été le point de départ de la fistule. Les molaires supérieures

provoquent ordinairement cet accident à la joue, vers la fosse canine, l'orbite (obs. XXV), ou la face temporale. Une périostite des canines et incisives supérieures déterminera une fistule vers le voisinage de l'aile du nez ou dans les fosses nasales et pourra faire croire alors à un ozène, comme dans le cas rapporté par M. le professeur Dolbeau (1). L'abcès s'ouvrira au menton ou à la région sous-hyoïdienne lorsque les incisives ou les canines inférieures sont en cause (obs. LIII, LVII, LVIII), vers le bord inférieur du maxillaire inférieur (obs. XXIII, XIV), vers son angle ou la région cervicale, si ce sont les molaires inférieures et, pour la dent de sagesse, quelquefois vers la fosse temporale. Le siége de ces orifices n'a rien de bien fixe cependant, et peut exister bien loin de la dent malade. Nous avons cité l'exemple de douze fistules occupant tout le côté de la tête, depuis le sommet jusqu'à la clavicule. Peu de temps avant de faire sa leçon sur les fistules dentaires, M. Dolbeau venait d'observer à Tours, en consultation avec M. le Dr Duclos, une fistule produite par une dent de la mâchoire inférieure et dont l'orifice se trouvait au cou, vers l'insertion sternale du sterno-mastoïdien (2). Salter (3) a vu l'abcès d'une prémolaire s'ouvrir au dessous de la clavicule. Un phlegmon, provoqué par une première molaire, commença par s'ouvrir une issue au-dessous de la mâchoire; le pus, obéissant aux lois de la pesanteur, descendit entre les muscles du cou et détermina une seconde ouverture; enfin, plus tard, deux trajets fistuleux s'ouvraient au-dessous de la clavicule (4).

Lorsque ces orifices viennent à se fermer, leur guérison amène toujours la formation de cicatrices adhérentes, indélébiles. La même fistule, en se fermant et en s'ouvrant ensuite, peut ainsi produire un grand nombre de cicatrices plus ou moins voisines les unes des autres, l'orifice s'étant un peu déplacé à chaque fois.

Le plus souvent, les parties voisines de l'orifice ne présentent

(1) *Gazette des hôpitaux.* Des fistules dentaires, leçon recueillie par M. V. Pietkiewicz, 1874, n° 133.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1874, n° 133. Leçon recueillie par M. V Pietkiewicz.

(3) *System of surgery*, p. 330.

(4) Tomes. *Traduction Darin*, p. 437.

rien de remarquable, mais elles peuvent aussi éprouver différentes altérations. La rétraction du trajet, dans certaines fistules, déprime les parties molles et produit une véritable difformité. L'écoulement constant du liquide purulent et séreux sur les téguments les enflamme, les excorie et produit des affections cutanées chez des individus à peau fine et délicate. Enfin, dans certains cas, alors surtout que les orifices sont multiples, les parties voisines peuvent devenir le siége de lésions plus profondes et plus étendues qui pourront alors en imposer pour des affections organiques cancéreuses ou scrofuleuses (obs. XXVIII).

Ostéite. — Nécrose des os maxillaires. — Nous n'avons pas à faire ici la deecription de l'ostéite et de la nécrose des os de la mâchoire, nous n'avons à nous en occuper que comme conséquences possibles et même assez fréquentes de la périostite alvéolo-dentaire. Nous nous contenterons donc d'indiquer les caractères particuliers qu'elles doivent à leur cause.

De toutes les lésions qui peuvent affecter l'organe dentaire, c'est la périostite, et la périostite seule qui peut provoquer l'inflammation et consécutivement la nécrose des maxillaires c'est elle l'intermédiaire obligé et constant de la propagation inflammatoire. La pulpite ne peut jamais donner lieu directement à ces complications, il lui faut d'abord enflammer le périoste alvéolo-dentaire.

Toutes les fois qu'il se forme un abcès péri-maxillaire consécutivement à la migration du pus à travers l'alvéole et qu'il s'établit une fistule cutanée ou muqueuse, la suppuration ne peut se créer ainsi un trajet au travers de l'os qu'en y déterminant une ostéite et une nécrose à ce niveau. Mais ces lésions sont ordinairement si limitées qu'elles ne donnent lieu à aucun symptôme bien tranché et passent absolument inaperçues au milieu des phénomènes concomittants. Il peut se faire cependant que l'inflammation de l'os, au lieu de se limiter ainsi, s'étende davantage, les symptômes généraux acquèrent alors de suite une intensité inaccoutumée, les douleurs profondes, très-aiguës, s'étendent à toute la mâchoire, la percussion des dents voisines devient douloureuse.

Le plus souvent cependant cette inflammation est légère et, si elle paraît menaçante, l'extraction de la dent suffit ordinairement pour arrêter ses progrès. Malheureusement aussi il arrive qu'elle ne peut être enrayée et le pronostic devient des plus graves; l'évolution de la maladie est en effet alors des plus rapide, elle prend tous les caractères d'une véritable ostéo-périostite du maxillaire et amène rapidement la mort du sujet. Nous avons emprunté à M. Daga une observation de ce genre (obs. XXXVII). Après avoir présenté de l'agitation et du délire, un jeune homme de 23 ans succomba dans la prostration au bout de six jours. Une périostite de la deuxième grosse molaire inférieure droite avait été le point de départ de tous les accidents.

La nécrose, au moins la nécrose très-limitée, insensible, est des plus fréquentes ; nous avons déjà dit et l'on comprend qu'il n'y a pas de fistule sans nécrose préalable. Il est très-rare, dans ce cas, de pouvoir constater l'élimination d'un séquestre si petit soit-il, ce n'est guère que dans les abcès à répétition que l'on peut quelquefois trouver dans le pus de petites parcelles osseuses au moment de l'ouverture spontanée ou artificielle de l'abcès. Assez souvent cependant, l'altération de l'os est un peu plus étendue, et l'alvéole de la dent malade est atteint dans toute sa hauteur. Cette mortification peut s'étendre à une notable portion du bord alvéolaire, à toute la moitié de la mâchoire; d'autres fois enfin la nécrose occupe l'os dans toute son épaisseur et parfois dans toute son étendue. Ces formes graves s'observent surtout dans la nécrose phosphorée, dont le début, ainsi que nous le verrons à l'étiologie, a toujours été une périostite alvéolo-dentaire.

Les nécroses partielles limitées à la paroi alvéolaire s'observent aussi fréquemment à l'une qu'à l'autre mâchoire, mais les nécroses étendues comprenant toute une portion du maxillaire ou la mâchoire en entier s'observent surtout à la mâchoire inférieure (obs. XXIX, XXX). Des nécroses partielles de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur succèdent cependant presque toujours au abcès de la voûte palatine (obs. XXXIII).

L'éliminaiion de toute une paroi de la cavité alvéolaire n'enratîne pas toujours la perte de la dent enfermée dans cet alvéole ;

il arrive qu'elle reprend peu à peu une fixité compatible avec ses fonctions, surtout à la mâchoire inférieure où les séparations osseuses sont la règle, tandis qu'elles sont bien rares à la mâchoire supérieure où il ne se fait guère qu'une réparation fibreuse. Nous citons cependant un cas dans lequel une nécrose de toute la partie du maxillaire située au devant de l'incisive et de la canine gauche fut suivie d'une réparation assez solide pour que les dents, très-mobiles d'abord, aient fini par retrouver leur solidité normale. (obs. XXXII). S'il est urgent donc quelquefois d'enlever une dent comprise dans un séquestre et qui n'est plus qu'un corps étranger dans la mâchoire, il faut bien se garder d'enlever les dents ébranlées par l'extension du mal, alors même qu'elles sont devenues vacillantes au point de paraître devoir tomber spontanément; il est fréquent de les voir reprendre ensuite leur solidité et conserver leurs fonctions comme si elle n'avaient jamais été atteintes. Dans un cas de nécrose de la branche horizontale du maxillaire (obs. XXXI) étendue depuis l'angle jusqu'aux incisives, nous avons vu les prémolaires et la canine reprendre leur solidité, et, chez cette malade cependant, il avait fallu faire à travers un trajet fistuleux la résection du sommet de la canine pour permettre la sortie d'un séquestre situé en arrière de cette dent.

Souvent l'élimination se fait toute seule; dans notre observation XXX nous voyons un séquestre comprenant le maxillaire inférieur dans toute sa hauteur et sur une étendue de 11 centimètres émerger des gencives, comme un baillon au-dessus de l'os nouveau qui lui formait une goutière; une simple traction avec les doigts suffit à le détacher. Mais la plupart du temps.il est utile d'intervenir et de faciliter cette mise en liberté par des opérations, des incisions presque toujours (obs. XXIX, XXXI). Dès que les sequestres sont mobiles, cette intervention est urgente; on s'expose sans cela à des accidents consécutifs; ainsi Cattlin rapporte une observation dans laquelle une portion mortifiée de la mâchoire inférieure, après être descendue dans des cavités abcèdées, fut enfin enlevée au-dessous de la clavicule.

Nous croyons cependant qu'il est d'une bonne pratique d'attendre que les parties mortifiées soient mobiles avant de rien tenter.

Cette expectation est surtout indiquée chez les jeunes sujets dont la dentition permanente est en voie d'évolution. D'après Tomes (1), on doit à M. Oliver Chalk plusieurs observations dans lesquelles des portions de la mâchoire renfermant les dents temporaires et les cryptes des organes permanents furent nécrosées. Cependant des dents permanentes apparurent et se développèrent sur l'os nouveau et la mâchoire redevint ainsi aussi parfaite que si elle n'avait pas été malade. Au premier abord, ces observations ne paraissent pas s'accorder avec ce que nous savons sur la génèse et le mode de développement du système dentaire. Les recherches embryogéniques cependant ne nous autorisent pas à contester des faits à l'égard desquels il est permis sans doute de faire quelques réserves, mais que l'on peut expliquer aussi sans admettre l'apparition d'une seconde série de dents permanentes. A l'état normal en effet, les follicules des dents définitives ne sont que faiblement adhérents aux cavités osseuses qui les renferment; il est probable que les phénomènes de résorption habituels à la nécrose exagèrent encore cet état et l'on conçoit que ces organes puissent alors rester adhérents aux parties molles lorque la partie mortifiée se détache de l'os nouveau après la résorption aussi d'une portion de son tissu Dans le cours de son développement l'os nouveau viendra alors embrasser ces follicules et leur constituer de nouveaux réceptacles.

Les nécroses étendues ne s'observent pas sans de graves lésions de voisinage, suppurations plus ou moins vastes, fistules, etc.; aussi lorsqu'elles guérissent sont-elles suivies de véritables difformités, mais l'on conçoit que ces complications exposent aussi le malade à de nombreux accidents, à l'infection purulente (obs. XXXVI), à l'asphyxie, à des hémorrhagies parfois mortelles (obs. XXXIV, XXXV). Nous citons deux observations où la mort survient ainsi par hémorrhagie : une fois (obs. XXXIV) la nécrose détermina l'ulcération de l'artère dentaire, l'autre fois, ce fut la carotide interne qui se trouva ulcérée (obs. XXXV).

Abcès du sinus maxillaire. — Si nous employons le terme

(1) *Traité de chirurgie dentaire*, p. 457.

d'abcès du sinus maxillaire, c'est pour nous conformer aux habitudes acquises, mais avec M. Guyon, nous croyons cette dénomination d'abcès, qui a une signification bien précise en chirurgie, impropre à désigner l'inflammation, ou le catarrhe d'une cavité ouverte, d'une cavité muqueuse, comme le sinus maxillaire. C'est aussi sous l'empire de ces considérations que M. Bousquet (1) a donné dernièrement aux collections purulentes développées sous la muqueuse ou dans son épaisseur le nom *d'abcès développés dans le sinus*, pour les distinguer de l'inflammation de la muqueuse elle-même. Peut-être l'auteur voit-il entre ces deux termes *abcès du sinus* et *abcès développés dans le sinus* une différence plus grande qu'entre ces deux autres par exemple, *abcès du creux axillaire* et *abcès développés dans le creux axillaire;* pour nous cette différence n'est point aussi évidente, nous pensons que les deux termes se valent, qu'ils peuvent l'un ou l'autre et tout aussi bien s'appliquer aux abcès étudiés par M. Bousquet, mais qu'il faut les réserver à ces abcès seulement et qu'il suffirait de désigner l'inflammation, le catarrhe de la muqueuse par le nom d'*empyème du sinus maxillaire*, ainsi qu'on l'a proposé récemment pour voir cesser toute confusion (2).

Depuis longtemps déjà, les auteurs ont accusé les dents cariées d'être une des causes et même la plus fréquente des causes des abcès du sinus maxillaire. Nous ferons remarquer que ce n'est point ici encore la carie qui est en jeu, mais bien la périostite alvéolo-dentaire qui la complique si souvent et que l'on observe si fréquemment aussi en dehors de toute altération de la couronne.

L'extrémité des racines des prémolaires et des deux premières grosses molaires est à peine séparée de la cavité du sinus par une mince lamelle osseuse. Chez beaucoup d'individus même, les racines de la première grosse molaire pénètrent dans l'antre d'Hygmore et chez tous, quand même cette pénétration n'existe pas; la cavité du sinus descend dans l'espace circonscrit par le sommet des

(1) Hippolyte Bousquet. *Etude sur les abcès développés dans le sinus maxillaire.* Thèse de Paris, 1876.

(2) Guyon. *Dictionn. encyclopédique des sciences médicales.* 2e série, t. V, p. 338.

racines de cette dent, il y a une dépression de la paroi du sinus à ce niveau. Ces données anatomiques nous expliquent clairement le rôle de la périostite dans la production des abcès du sinus maxillaire. On voit, en effet, la facilité de transmission de l'inflammation du périoste dentaire à la muqueuse de l'antre d'Hygmore et l'on voit aussi que cette transmission pourra se faire de deux façons fort différentes suivant les dispositions anatomiques du sujet ou la dent atteinte. Les dents qui donneront lieu à cette affection seront donc surtout les prémolaires et les deux premières grosses moloires; la canine et la dent de sagesse pourront bien aussi la produire mais exceptionnellement et d'une façon beaucoup plus indirecte. Lorsque la périostite atteint une dent dont les racines sont en rapport immédiat avec la muqueuse des sinus, on conçoit combien celle-ci est exposée à s'enflammer consécutivement, dès le début même de la maladie, il n'y a pas besoin pour cela que la périostite alvéolo-dentaire parcoure toutes ses phases, le catarrhe du sinus pourra fort bien exister sans que le périoste dentaire ait suppuré pour cela. D'atures fois, l'abcès du sinus succède à l'ouverture d'un abcès odontopathique dans sa cavité; c'est ce qui arrive alors que les racines sont recouvertes d'une lamelle osseuse plus ou moins épaisse suivant la dent malade. C'est, dans ce cas, une fistule muqueuse, mais une fistule dont l'ouverture s'est faite dans le sinus, et pour certaines dents cette terminaison sera plus facile que l'ouverture dans la bouche ou à l'extérieur, c'est, en effet, du côté du sinus que l'alvéole offrira le moins d'épaisseur et par conséquent le moins de résistance.

Toutes les causes des fistules dentaires pourront ainsi devenir des causes d'abcès du sinus; il est donc inutile de répéter ce que nous avons déjà dit, à propos de ces affections. Souvent c'est une périostite chronique ancienne qui donne lieu à cette complication; depuis longtemps elle entretenait une fistule gingivale ou occasionnait des abcès à répétition, un jour tous ces petits accidents disparaissent, le pus a pris une autre voie et, au lieu de venir aux téguments, ainsi que nous l'avons vu tout à l'heure, il est allé chercher une issue dans le sinus maxillaire (obs. XXXVIII,

XL). L'empyème succède aussi à la périostite aiguë et dans ce cas, sa marche peut être très-rapide ; ainsi, dans notre observation XXXIX, nous voyons les symptômes caractéristiques de la maladie confirmée, la sortie du pus par le nez cinq jours après le début de la périostite.

Nous venons de dire que la fermeture d'une fistule gingivale peut devenir la cause déterminante d'un abcès du sinus maxillaire la réciproque est vraie aussi, et il est fréquent de voir une fistule s'établir à la muqueuse buccale dans le cours de l'empyème de l'antre d'Hygmore. L'inflammation, le gonflement de la muqueuse peuvent en effet déterminer l'occlusion de l'orifice de communication avec les fosses nasales et quand même cet orifice resterait libre, sa situation éminemmént défavorable à l'évacuation du pus nous explique la tendance de la suppuration à chercher une autre issue. Notre observation XXXVIII est particulièrement intéressante à ce point de vue, elle rapporte en effet, l'histoire d'un abcès du sinus consécutif à la cicatrisation d'une fistule gingivale et cet abcès du sinus détermina lui-même, au bout d'un certain temps, une nouvelle fistule à la gencive. Dans notre observation XXXIX, le pus sortit au niveau du collet de la dent après avoir décollé le périoste sur toute la hauteur de la racine.

Toutes les causes de périostite sont donc aussi indirectement des causes d'abcès du sinus quand elles portent sur les dents indiquées, et nous pouvons tout aussi bien observer l'abcès du sinus à la suite d'une périostite spontanée (obs. XXXIX), qu'à la suite d'une périostite traumatique (obs. XXXXVII) ou consécutive (obs. XXXVIII, XXXX).

Quand l'abcès du sinus est consécutif à une périostite alvéolo-dentaire, l'extraction de la dent primitivement atteinte suffit en général à amener la guérison (obs. XXXVIII, XXXIX, XL). Les racines enlevées présentent les lésions habituelles de la périostite, nous n'avons donc rien à en dire ici. Cette opération détermine par cela même, presque toujours l'ouverture du sinus au niveau de la racine extraite et il est facile de faire pénétrer par l'ouverture, un stylet dans la cavité du sinus. Cette ouverture peut cependant n'avoir pas lieu, peut être alors échappe-t-elle

alors seulement à l'examen et l'extraction de la racine altérée est néanmoins suivie de la guérison du catarrhe (obs. XL).

Fluxion, contracture des machoires. — Nous ne pouvons terminer cette revue des complications inflammatoires de voisinage sans parler des deux accidents qui les accompagnent presque toutes et qui constituent par eux-mêmes la complication la plus fréquente, mais nous n'en dirons qu'un mot pour les indiquer seulement car ce sont les plus connues. La carie, la pulpite, les névralgies dentaires ne produisent jamais ni fluxion, ni contraction de mâchoires; c'est la périostite alvéolo-dentaire seule qui les détermine. La fluxion, la fluxion simple au moins accompagne même si fréquemment la périostite qu'on pourrait presque en faire un des symptômes de cette affection.

Nous avons vu qu'au niveau de la dent atteinte de périostite, existait toujours un léger gonflement de la gencive ; ce gonflement peut prendre des proportions plus considérables, gagner le cul-de-sac labio-gingival et de là s'étendre aux joues, à toute une moitié de la face. Il se présente sous deux formes bien distinctes. Le plus souvent ce n'est qu'un œdème passager et plus ou moins étendu des parties atteintes ; les joues, les lèvres, le nez sont œdématiés et comme transparents : c'est le premier degré du phlegmon, mais les accidents ne vont pas plus loin ; il n'y a pas de chaleur à la peau, la pression n'est pas douloureuse : c'est là la fluxion simple. Les douleurs assez vives au début se calment et disparaissent dès qu'elle a acquis un certain degré de développement. Sous cette forme, la plus habituelle, la plus fréquente, la fluxion ne présente aucune gravité et disparaît au bout de quelques jours. Mais quelquefois aussi elle revêt un tout autre aspect : c'est un gonflement franchement inflammatoire, phlegmonneux, qui s'étend rapidement, les parties malades sont chaudes, douloureuses à la pression elles sont le siége d'élancements isochrones aux battements artériels. Dans cette forme le pronostic est grave, elle s'accompagne toujours de phénomènes généraux parfois très-intenses, et les désordres locaux peuvent par eux-mêmes amener des accidents de la dernière gravité, soit immédiatement, soit

consécutivement alors surtout que ce phlegmons se termine par suppuration.

La contracture des mâchoires s'observe souvent aussi, mais elle est bien moins fréquente cependant que la fluxion. On ne l'observe pas dans la périostite aiguë quelle que soit son intensité alors que celle-ci se termine par résolution; elle est fréquente, au contraire, lorsque l'inflammation du périoste dentaire détermine un phlegmon péri-maxillaire. Le siége de la périostite à une influence très-évidente sur la production de cet accident; ainsi les abcès péri-maxillaires consécutifs à une périostite d'une dent antérieure la déterminent rarement ; à la mâchoire supérieure, on voit même quelquefois des abcès développés autour des dernières molaires, sans qu'il y ait de contracture, tandis que les mêmes accidents produits par les molaires inférieures et la dent de sagesse surtout amènent toujours le resserrement des mâchoires.

Diverses théories ont été émises pour expliquer ce phénomène, nous croyons que la plus simple est encore la plus satisfaisante : celle qui attribue ce resserrement à la propagation de l'inflammation au tissu lamineux qui sépare les faisceaux secondaires du masséter, en un mot au pérymisium de ce muscle. Nous comprenons aussi que les modifications inflammatoires de ce pérymisium peuvent même après la disparition des accidents primitifs, s'opposer à l'écartement normal des mâchoires, de même que nous voyons cette inflammation maintenir la rétraction de certains autres muscles du psoas par exemple.

B. Accidents nerveux.

Les développements auxquels nous nous sommmes laissé entraîner malgré nous, à propos des accidents inflammatoires nous forcent, sous peine de rompre toute harmonie entre les diverses parties de ce mémoire, à abréger beaucoup ce qui nous reste à dire sur les complications de la périostite alvéolo-dentaire. Nous faisons, du reste, d'autant plus volontiers ce sacrifice que dans un prochain travail, nous nous proposons de revenir sur le rôle de la périostite dans la pathogénie des accidents nerveux, des troubles de la vision, de l'audition, etc.

Nous nous bornerons donc ici, ne pouvant donner à cette partie de notre étude le développement qu'elle exigerait à citer des observations, sans discuter la question de savoir si on doit rattacher ces accidents à des phénomènes réflexes, à manifestations diverses ou bien les expliquer par une propagation de l'inflammation ou la compression de nerfs spéciaux par des tumeurs, des abcès odontopathiques. Nous bornant ainsi à rapporter des faits sans nous inquiéter des théories, des explications, nous avons cru devoir multiplier les observations dans lesquelles l'influence de la périostite a été incontestable. La plupart de ces observations nous sont étrangères ; depuis longtemps déjà, en effet, on a signalé ces rapports entre les altérations du système dentaire et d'autres maladies, celles des organes des sens en particulier, mais ou bien les auteurs ont complétement négligé le diagnostic de l'affection dentaire incriminée, se contentant de cette mention absolument insuffisante, une dent gâtée (1) ; ou bien ils ont éxagéré de beaucoup le rôle de la dénudation et de l'inflammation de la pulpe (2). En dehors de toute complication du côté de la pulpe cependant, après même sa disparition complète, des lésions éloignées, des accidents du côté des organes des sens peuvent être déterminés par l'inflammation aiguë ou chronique du périoste alvéolo-dentaire. Personne, néanmoins, n'a reconnu l'influence de la périostite sur ces complications ; cette influence a échappé aux auteurs mêmes auxquels nous empruntons leurs observations, et si nous donnons ces faits comme des preuves à l'appui de notre manière de voir, c'est que les symptômes de l'affection dentaire (obs. XLII, XLIV, XLVI), les lésions observées (obs. XLI, XLIII, XLVII), ne nous permettent aucun doute à cet égard. Nous avons trouvé ainsi un grand nombre d'observations dans lesquelles le rôle de la périostite était des plus évident pour nous, mais dans le choix qu'il nous a fallu faire, nous avons éliminé toutes celles qui auraient pu ne pas sembler absolument démonstratives pour tout autre.

(1) Hancock. *Arch. gén. de méd.*. 1859, août, 2e vol., p. 224. Tripier. *Arch. gén. de méd.*, 1869, p. 47.

(2) Xavier Galezowski. *Etude sur les affections oculo-dentaires.* Recueil d'ophthalmologie, avril 1874, p. 215 et juillet 1874, p. 363.

Ce que nous avons dit des névralgies dentaires au chapitre précédent nous dispense d'y revenir ici, disons seulement que, si toutes les lésions de la périostite peuvent donner naissance à ces phénomènes douloureux, les névralgies persistantes s'observent en particulier dans les cas d'exostoses du cément et qu'elles sont dues sans doute alors à la compression des filets nerveux par le développement de la tumeur osseuse (1). Dans deux cas de névralgies dentaires présentés à la Société odontologique, M. Cattlin avait observé une fois la résorption partielle de l'extrémité de la racine, une autre fois une exostose sphéroïdale du sommet de la dent (2). Pour notre compte personnel nous avons observé à deux reprises différentes l'existence d'exostose du cément dans des cas de névralgies rebelles à tout traitement et dont l'extraction des racines altérées amena la guérison.

La périostite aiguë n'est pas sans influence sur les troubles des organes des sens, mais c'est presque toujours la périostite chronique, ainsi que nous l'avons observé nous-même et que nous avons pu le constater par la lecture des observations étrangères, c'est presque toujours, disons-nous, la périostite chronique qui est la cause de ces accidents que le périoste ait suppuré ou que ces éléments se soient hypertrophiés. Dans l'observation XLI (photophobie), nous voyons un abcès au sommet de la racine d'une incisive, l'observation XLII rapporte la guérison d'une amaurose datant de douze ans, à la suite de l'enlèvement d'un plombage au-dessous duquel se trouvait du pus en décomposition. Dans les deux exemples d'amblyopie que nous rapportons (obs. XLIII, XLIV), le périoste dentaire avait éprouvé l'hypertrophie et l'hypergénèse de ses éléments, dans la première le sommet de la racine était surmonté d'une production molle, volumineuse, dans la deuxième, le chicot extrait était devenu tout vacillant. C'est en-

(1) Nous n'avons pas cru devoir faire l'étude spéciale de cas lésions inflammatoires qui ne sont que l'exagération des hypertrophies du cortical osseux, lésions habituelles de la périostite et surtout de la périostite à poussées intermittentes, ainsi que l'anatomie pathologique nous l'a démontré.

(2) *Transact. of the odontol. society*, vol. III.

core une périostite chronique de la première grosse molaire supérieure droite avec fistule à la voûte palatine et à la gencive qui a déterminé du blépharospasme et de la photophobie dans notre observation personnelle (obs. XLVIII) ; mais dans ce cas l'extraction nous permet de constater à la fois la résorption d'une racine et la production de fongosités du périoste sur une autre. Il n'est fait aucune mention de l'état des racines dans les observations XLV et XLVI, mais les symptômes particuliers à la périostite indiqués par les auteurs nous prouvent que c'est bien à une inflammation du périoste dentaire qu'il faut faire remonter l'origine des accidents. Dans ces deux observations, en effet, les troubles de la vue ont été précédés de fluxion, de gonflement des gencives, et l'époque reculée de l'apparition de ces premiers accidents nous fait encore voir là aussi une inflammation chronique.

La périostite peut aussi produire des troubles de l'audition variant depuis de simples phénomènes douloureux jusqu'à la surdité complète. L'otalgie est certainement moins fréquente alors que dans l'inflammation de la pulpe, mais on l'observe assez souvent encore ; notre observation XLVIII en fournit un exemple. Dans ce cas, comme pour la pulpite, ce sont ordinairement les dents de la mâchoire inférieure, les molaires surtout, qui sont atteintes ; cependant dans l'observation que nous venons de citer, l'otalgie de l'oreille droite était consécutive à une périostite de la première grosse molaire supérieure droite. Nous voyons dans l'observation VIII, le développement d'une tumeur fibreuse sur les racines d'une deuxième molaire inférieure gauche s'accompagner de bourdonnement d'oreille d'abord et de surdité plus tard (1). La surdité de l'oreille droite observée par Rubio (obs. XLIX) reconnaissait pour cause la périostite d'une molaire inférieure droite et disparut peu de temps après l'extraction de cette dent.

Des troubles de l'olfaction sont fréquemment aussi la consé-

(1) Nous avons déjà dit que selon nous, cette production pathologique désignée sous le nom de tumeur fibreuse, ne devrait être regardée que comme un des phénomènes anatomiques de la périostite.

quence d'une périostite occupant presque toujours alors une dent canine ou petite molaire de la mâchoire supérieure. Nous avons souvent observé, dans ce cas, un coriza de la narine correspondante, mais la périostite d'une dent plus éloignée de l'appareil olfactif peut cependant produire cette complication, ainsi que notre observation XLVIII en fait foi ; la périostite avait ici son siége à la première grosse molaire.

Enfin, dans un chapitre consacré par Tomes aux *affections secondaires dues à l'irritation résultant des maladies des dents* (1), nous avons relevé trois observations d'accidents généraux que les lésions anatomiques ou les symptômes observés nous permettent de regarder comme des complications de la périostite. Dans les deux observations L et LI, l'épilepsie était consécutive à des périostites chroniques avec exostoses des racines. Le tétanos, au contraire (obs. LII), avait été la conséquence d'une périostite aiguë déterminée par la pose d'une dent à pivot.

(1) *Traité de chirurgie dentaire*, p. 531.

VI. — ÉTIOLOGIE.

Les causes de la périostite alvéolo-dentaire sont locales ou générales, elles interviennent comme prédisposantes ou efficientes, et, suivant les cas et les individus, la même cause peut être tantôt occasionnelle, tantôt prédisposante. Ainsi, certaines conditions de la santé générale, qui n'agissent, le plus souvent, que sous l'influence d'une cause occasionnelle, peuvent fort bien aussi déterminer, à elles seules, une inflammation du périoste dentaire et devenir ainsi des causes déterminantes. Il en est de même d'autres causes prédisposantes, telles que le froid et l'humidité. Enfin, une cause prédisposante chez tous les sujets, comme la carie, a ses divers degrés, la destruction spontanée ou voulue de la pulpe dentaire, pourra devenir une cause efficiente chez un individu prédisposé ou dans des conditions de santé particulières, au moment des règles, par exemple, ou pendant la grossesse.

Maintes fois il arrive de ne pouvoir trouver l'explication de la périostite, ni dans un état local, ni dans un état général ; on dit alors la *périostite spontanée.* Le plus souvent, il est probable que, dans ce cas, on n'a pas su trouver la cause générale, sous l'influence de laquelle elle a pris naissance. Mais nous appliquons aussi ce terme de périostite spontanée alors que, cette influence générale reconnue, on observe l'inflammation du périoste dentaire en dehors de toute altération de la dent ou tout traumatisme, pour la distinguer des cas habituels où elle est consécutive à une carie, par exemple, ou à une violence extérieure. Un des siéges de prédilection de la périostite spontanée, nous a paru être les incisives inférieures (obs. LIII, LV, LVI, LVII, LVIII).

1° *Causes générales.*

Age. — On observe la périostite alvéolo-dentaire à tous les

âges et, si on la rencontre plus souvent chez les adultes, cela tient uniquement à ce que la fréquence des altérations du système dentaire, dont la périostite n'est souvent qu'une complication, est plus grande à cet âge que chez les enfants, tandis que chez les vieillards, l'absence trop souvent d'un plus ou moins grand nombre de dents, les met à l'abri de cet accident. Chez la femme, si elle est plus fréquente encore que chez l'homme, à la période moyenne de l'existence, cela tient à l'intervention d'un autre ordre d'influence, à l'étude desquelles nous passerons immédiatement.

Sexe. — L'influence du sexe, en effet, est beaucoup plus sensible, au moins à une certaine époque de la vie, c'est-à-dire pendant toute la période où la femme est réglée. Cette influence cependant est intermittente et n'a d'action qu'à l'approche et pendant la durée de l'époque menstruelle.

Nous avons souvent observé cette influence sur des dents obturées ne donnant jamais lieu à aucune manifestation inflammatoire en dehors de ce moment ou sur des dents absolument saines. Le plus souvent ce sont des symptômes très-passagers et peu intenses : une dame de nos amies présente tous les mois cet état sur une ou plusieurs dents, mais quelquefois c'est une véritable périostite aiguë et des plus douloureuses ; nous avons observé cet état aigu sur une de nos clientes à trois reprises différentes ; la périostite très-intense portait sur la première molaire inférieure gauche, exempte de toute altération.

L'influence de la ménopause est aussi des plus manifeste et il nous a souvent été donné de l'observer. Enfin, nous ne devons pas oublier de mentionner l'état puerpuéral, signalé déjà par Boyer, dans son Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent (1).

(1) Boyer. *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*, t. VI, p. 361, an 1818.

Professions. — Certaines professions, qui exposent ceux qui les exercent au froid et à l'humidité, ou à de si violents efforts de l'arcade dentaire, qu'on peut considérer ces efforts comme des traumatismes véritables et répétés (ainsi les bateleurs qui s'ingénient à soulever ou à porter des poids considérables à l'aide de leurs dents), doivent évidemment favoriser le développement de la périostite alvéolo-dentaire, mais nos observations ne nous permettent de rien affirmer à cet égard. Il n'en est pas de même de certaines professions dont l'influence manifeste peut avoir et a souvent les plus désastreuses conséquences. Nous voulons parler des ouvriers qui travaillent le phosphore et, en particulier, des fabricants d'allumettes. Nous n'entrerons point ici dans la question, si controversée, du mode d'introduction, dans la mâchoire, de l'agent morbide.

Les uns, en effet, partisans de l'idée de Rousssel, nient la possibilité de la nécrose phosphorée alors qu'il n'y a point de dents cariées au préalable (1). Pour eux, la carie, et par conséquent la carie du troisième degré, avec ouverture de la cavité centrale et destruction de la pulpe, est la seule voie ouverte aux produits phosphorés, tandis que pour les autres, comme M. Trélat, c'est par l'intermédiaire du tissu gingival, primitivement atteint, que le maxillaire est soumis aux influences des vapeurs phosphorées. Qoiqu'il en soit, et sans prendre parti pour l'une ou l'autre théorie, nous pouvons dire et affirmer que c'est toujours par la périostite alvéolo-dentaire que débute la maladie. Que la nécrose phosphorée n'ait de spécial ou non que sa cause, que son développement et sa marche aient des caractères particuliers ou non, ce qui est incontestable, c'est que l'inflammation de la membrane péridentaire, quelque soit son origine, précède tous les accidents et est l'intermédiaire obligé des lésions ultérieures.

Diathèses. — La scrofule et la syphilis ne paraissent jouer aucun

(1 Roussel. *Recherches sur les maladies des ouvriers employés à la fabricaon des all umettes chimiques, Revue médicale,* mars et mai 1846.

rôle dans la pathogénie de la périostite. Les complications de cette affection, comme les engorgements ganglionnaires, les abcès, les fistules sont plus fréquents, il est vrai, chez les scrofuleux que chez tout autre, mais la scrofule ne paraît pas, par elle-même, prédisposer à la périostite. Nous en dirons autant de la syphilis, car nous ne devons point mettre au compte de cette diathèse l'influence exercée par les accidents mercuriels, par la stomatite. Il n'en est plus de même, par exemple, de la diathèse rhumatismale, en raison, sans doute, de son influence sur les inflammations de tout le système fibreux, elle joue un rôle des plus actifs dans le développement de la périostite alvéolo-dentaire. Lorsqu'on interroge les malades, particulièrement sujets à cette inflammation, on voit que presque tous sont des rhumatisants plus ou moins invétérés, c'est chez eux que le froid, l'humidité, sans influence sur les autres, deviennent des causes efficientes de périostite, que toutes les altérations, le moindre traumatisme du système dentaire seront suivis d'une inflammation du périoste. C'est à cette diathèse qu'il faut souvent remonter pour trouver l'explication de bien des périostites spontanées.

Malaria. — Nous ignorons la puissance et la fréquence des influences paludéennes au point de vue spécial qui nous occupe : nous sommes, du reste, placé dans de mauvaises conditions pour les observer ; mais, un fait des plus évidents est venu dernièrement éveiller notre attention à ce sujet et nous croyons intéressant de le rapporter ici. Une de nos clientes qui a longtemps demeuré sur les bords du Rhône, dans un endroit marécageux, et qui habite maintenant à Asnières une maison quelquefois envahie par les eaux, fut prise, à la suite des dernières inondations de la Seine, d'accès périodiques de périostite. Ces accès commençaient tous les jours vers quatre heures du soir et se prolongeaient pendant les premières heures de la nuit ; ils avaient pour siége l'incisive médiane supérieure droite, que nous avions soignée au mois

de décembre pour une carie pénétrante et qui, depuis, n'avait jamais donné lieu au moindre accident. Ces accès de périostite cédèrent facilement à l'administration de la quinine.

Affections aiguës. — Il n'est pas rare de voir une périostite survenir pendant le cours de certaines affections aiguës, la bronchite, l'angine, le coryza en particulier. Dans une de nos observations, nous en avons donné un exemple (obs. LIX). Il est vrai de dire aussi que dans un cas nous avons observé une périostite aiguë de toutes les dents inférieures et supérieures du côté droit, précédant une amygdalite et se terminant au moment du développement de celle-ci, après cinq jours de durée.

2° *Causes locales.*

Carie. — La cause la plus fréquente, sans contredit, est la carie dentaire à tous ses degrés, elle expose tout particulièrement à cette inflammation et la détermine souvent, par des moyens divers, suivant ses degrés, ses complications et son traitement.

La périostite est quelquefois, mais rarement, déterminée par la carie au premier degré ; à ce moment, l'altération du tissu dentaire passe souvent inaperçue ou ne provoque que quelques phénomènes névralgiques. L'influence de la carie est plus manifeste déjà au deuxième degré, c'est-à-dire dans les dents où l'altération de l'ivoire est plus ou moins profonde, pas assez cependant pour découvrir la pulpe. Cet organe central, souvent à peine recouvert alors par une mince couche de dentine ainsi exposé à des compressions, aux impressions brusques de température est soumis à des alternatives de froid et de chaud, à des congestions fréquentes qui retentissent sur le périoste, grâce à leurs connexions vasculaires intimes et le prédisposent déjà à l'inflammation, complication que la pulpite, qui s'observe si fréquemment, alors amènera plus fréquemment encore. La pulpite, en effet, spontanée

ou consécutive, est souvent l'origine de la périostite, et si nous ne lui consacrons pas un paragraphe spécial dans ce chapitre de l'étiologie, c'est que son rôle et son importance se trouvent indiqués et décrits à plusieurs reprises. C'est de cette façon aussi que l'inflammation s'empare du périoste alvéolo-dentaire dans les caries du troisième degré, alors que la pulpe, dépourvue de toute protection, devient presque toujours le siége d'un processus inflammatoire. C'est à cette dernière période enfin, mais surtout après la disparition spontanée de la pulpe ou sa destruction thérapeutique, que la périostite est plus fréquente. L'exagération des fonctions du périoste pour entretenir la vitalité de la dent, le prédispose singulièrement alors à une inflammation et quelquefois il ne faut considérer celle-ci que comme une tentative de l'économie pour se débarrasser d'un organe devenu corps étranger.

Les altérations que peuvent éprouver au fond du canal dentaire des débris de pulpe sphacélés ou de parcelles alimentaires séjournant dans ces cavités, deviennent souvent aussi l'origine de la maladie.

C'est quelquefois, avons-nous dit, le traitement dirigé contre la carie qui provoque l'explosion de la périostite et cela, dans des circonstances variables. La résection partielle, dans une carie du premier degré, en mettant l'ivoire à nu sur une plus ou moins grande surface, place la dent dans les conditions d'une carie du deuxième degré lorsque l'opération n'a pas été bien raisonnée. Un pansement inopportun dans une carie du deuxième et du troisième degré provoquera une inflammation de la pulpe et souvent, à la suite, une périostite ; il en sera de même lorsqu'une obturation, métallique le plus souvent, c'est-à-dire transmettant facilement es changements de température, aura été faite dans une carie un peu profonde de la deuxième période, sans traitement préalable ou après un traitement de trop courte durée. Il en sera de même encore, lorsque dans une carie du troisième degré, une obturation, appliquée directement sur la pulpe, amènera fatalement une pul-

pite. Un pansement caustique mal appliqué, dans une carie pénétrante, pourra bien, lui aussi, provoquer l'inflammation de l'organe qu'il devait détruire ; d'autres fois, il agira sur la gencive et attaquera le périoste au niveau du collet ou bien, au contraire, il pourra dépasser les limites que lui avait assigné le chirurgien et porter son action sur le périoste au-delà du canal dentaire. Ce dernier accident est surtout à craindre chez les enfants dont les racines sont encore incomplétement développées et le canal dentaire largement ouvert; aussi, chez eux, l'emploi du caustique doit-il être fait avec le plus grand ménagement. Enfin, nous devons aussi signaler le rôle d'une obturation intempestive dans une carie penétrante compliquée de périostite chronique avec écoulement, par la cavité même de la carie, de pus ou de sérosité purulente, mais sans manifestation aiguë d'aucune sorte. L'obstacle mécanique apporté ainsi à cet écoulement amènera le plus souvent le passage de l'affection à l'état aigu.

Traumatisme. — Les violences extérieures, les chocs directs ou par contre-coup, lorsqu'ils n'ont pas été assez forts pour produire la luxation de la dent, mais qu'ils l'ont ébranlée ou fracturée, déterminent une périostite dont l'acuité est ordinairement en raison directe de la violence du traumatisme. Cette périostite peut aussi fort bien débuter par des accidents subaigus dont les caractères s'aggraveront progressivement ou qui disparaîtront peu à peu par résolution; cette terminaison est du reste fréquente lorsque la violence, ayant porté directement sur la dent, n'a pas en même temps produit de désordres du côté de la gencive et des parties voisines. Il n'y a pas non plus que des accidents inflammatoires immédiats qui peuvent être amenés par les traumatismes ; ainsi, une fracture partielle de la couronne, qui a pu être ou non suivi de périostite au moment de sa production, créera, pour la dent atteinte, une prédisposition à la périostite, aussi bien qu'une carie du deuxième degré et par le même mécanisme.

A côté des violences extérieures, nous croyons devoir ranger aussi parmi les causes traumatiques certaines manœuvres pratiquées sur le système dentaire et mentionner l'influence de corps étrangers ou de fluides irritants dont le mode d'action est le même, tout atténué qu'il soit.

Parmi les opérations, nous citerons les tentatives d'extraction restées infructueuses, l'extraction elle-même faite par des mains inexpérimentées et amenant l'ébranlement des dents voisines; le nettoyage des dents, déplorable opération pratiquée à l'aide de procédés mécaniques ou de moyens chimiques, souvent suivie de gingivite, de stomatite même, et qui peut fort bien aussi produire une périostite. L'emploi pour la destruction de la pulpe d'un instrument spécial appelé tire-nerfs, outre la douleur épouvantable qu'il occasionne, tout en n'opérant le plus souvent que la destruction incomplète de la pulpe, amène fréquemment le développement de complications inflammatoires du côté du périoste, soit par blessure directe, soit consécutivement à l'inflammation des débris de la pulpe.

Une autre opération journellement pratiquée est encore une cause fréquente de périostite: nous voulons parler de l'aurification qui, pour être bien faite, exige de violentes pressions et qui lorsqu'elle est mal raisonnée et employée pour une dent dont la pulpe n'est plus recouverte que par une mince couche de dentine, peut amener une périostite consécutive à une inflammation de la pulpe déterminée par une véritable contusion de cet organe. D'autres fois, le périoste s'emflammera directement à la suite de l'ébranlement, des efforts considérables supportés par la dent. Et nous ne parlons pas encore de l'emploi des maillets, des marteaux usités par certains opérateurs !

Un corps étranger, une arête de poisson introduite de force pendant les mouvements de mastication au niveau du collet, un pansement qui ne possède par lui-même aucune propriété irritante, mais qui appuie sur la gencive, peuvent ainsi produire traumatiquement une périostite, de même qu'une obturation au niveau du

collet et débordant la cavité de la dent cariée ; c'est ainsi encore qu'agissent quelquefois les dépôts de tartre abondants. Une obturation peut encore aller irriter directement le périoste à l'extrémité de la racine dans une carie du troisième degré alors que les canaux dentaires sont élargis et que la substance employée a été foulée sans précaution. C'est à cette période encore et dans ce cas qu'un corps étranger, un cure-dents, un petit morceau de bois introduit dans le canal dentaire et venant à se briser à l'extrémité de la racine, deviendra fatalement l'occasion d'une périostite. C'est à cette action directe d'un corps étranger implanté dans le périoste qu'il faut remonter pour trouver l'origine de tous les accidents, abcès du sinus, amaurose, rapportée dans la fameuse observation de Séverin Galezowski (obs. XLVII), si souvent citée depuis, et non, ainsi que le veut l'auteur, à l'irritation du nerf dentaire se propageant aux ramifications de la branche moyenne supérieure du nerf trijumeau, d'où l'amaurose et l'inflammation de la muqueuse du sinus. On ne s'implante point ainsi en effet un corps etranger dans la pulpe dentaire ou dans ses débris et, le ferait-on accidentellement, sa présence y serait immédiatement et absolument intolérable ; il suffit pour nier cette possiblité de se reporter à la sensibilité exquise de la pulpe, à son impressionnabilité douloureuse au moindre contact.

C'est encore la façon d'agir de certain fluides irritants qui pénètrent accidentellement ou non par cette voie jusqu'au fond de l'alvéole, de certains liquides appliqués empiriqnement par les malades ou ceux qu'ils consultent. Paget rapporte qu'un matelot souffrant vivement d'une névralgie dentaire eut l'idée, pour se soulager, d'introduire dans la dent malade, un peu de jus de tabac accumulé dans sa pipe. Une violente inflammation se déclare aussitôt et trois mois plus tard M. Paget enlevait par fragments une portion de la base, de l'angle et une grande partie de la branche du maxillaire (1).

(1) Paget. *Lancet*, 1864, I, p. 684, 23 juin et Guyon. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Maxillaire, p. 350.

Des appareils de prothèse mal faits provoquent souvent aussi a périostite sur les dents qui leur servent de point d'appui ou sur celles de la mâchoire opposée quand les rapports des deux arcades dentaires n'ont pas été régulièrement établis. Les dents à pivot en particulier peuvent déterminer cette inflammation, tantôt parce qu'elles ont été appliquées dans une racine atteinte de périostite chronique et qu'elles empêchent ainsi la sortie des produits liquides de cette affection (obs. XLIII), tantôt parce que les manœuvres mêmes nécessitées pour les applications ont éveillé une périostite sur une dent déjà altérée ou qu'un traumatisme récent avait déjà prédisposée (obs. LII).

La périostite est constante presque dans le cours du traitement de certaines anomalies de direction par exemple. Les appareils employés pour obtenir le déplacement de la dent et sa mise en place normale, la provoquent par les pressions continues qu'elles exercent dans ce but, mais c'est ordinairement une périostite subaiguë et peu douloureuse. Elle est inévitable, quand pour remédier à une anomalie par rotation sur l'axe on à recours à la luxation brusque, dans ce cas encore, l'inflammation du périoste cède au bout de quelques jours si on observe certaines précautions, il en est de même dans les cas de réimplantation précédée ou non de résection.

Nous devons encore parler d'une variété de périostite traumatique que le chirurgien développe pendant le cours du traitement de la carie, lorsque pour permettre le passage des instruments et éviter l'emploi de la lime il cherche à séparer momentanément deux dents contiguës en plaçant dans leur interstice un corps étranger élastique ou de plus en plus volumineux, cette inflammation passagère le plus souvent disparaît dès que l'on cesse l'emploi de ces moyens. Enfin la périostite est quelquefois provoquée dans un but thérapeutique. Dans certains cas d'extraction difficile et urgente, alors que la couronne a été brisée, que par suite d'une des altérations que nous avons étudiées la racine

absolument immobile dans son alvéole présente une fixité extrême, un corps étranger, une tige de platine amincie et pointue, par exemple, introduit de force entre l'alvéole et le cément provoque une périostite et amenant consécutivement un léger ébranlement de la dent peut assurer ainsi le succès de l'opération. Nous citons dans nos observations un exemple de ce fait (obs. LX), et ces jours derniers nous avons encore fait dans notre pratique l'emploi de ce moyen.

Nous devons encore regarder comme d'origine traumatique l'inflammation qui se développe par suite du retour à l'activité d'une dent depuis longtemps restée en repos, alors qu'une carie douloureuse ou une extraction forcent le malade à manger d'un côté de la bouche dont il ne se servait plus depuis longtemps (obs. VII).

VII. — DIAGNOSTIC.

Nous n'avons pas à faire ici le diagnostic des complications de la périostite, notre étude doit se borner au diagnostic de cette affection.

L'allongement, l'ébranlement de la dent et ce caractère particulier de la douleur à la pression et à la percussion la feront facilement reconnaître. Mais ce qu'il faut établir en plus, c'est la période de la maladie, son siége, sa cause, sa terminaison, toutes choses fort importantes au point de vue du traitement.

L'état d'inflammation subaiguë, c'est-à-dire la période d'hypérémie se caractérise par un sentiment de gêne et de tension au niveau de la dent malade plutôt que par de la douleur, la pression exercée sur la dent avec celle de la mâchoire opposée n'est pas douloureuse, elle amène plutôt un sentiment de bien-être passager, la percussion avec un corps dur éveille un peu de douleur, l'allongement de la dent à peine visible est déjà sensible pour le malade; à peine un léger éblanlement. Sur la gencive on remarque un petit liseré rouge qui entoure le collet. Le séjour des liquides tièdes dans la bouche et leur maintient au contact de la dent affectée produit un peu de soulagement, l'impression des liquides froids est douloureuse.

L'état aigu ou d'inflammation confirmée se distingue par des douleurs spontanées plus ou moins violentes, la pression avec les dents opposées provoque de vives douleurs que le contact même de la langue suffit à éveiller, l'allongement de la dent est manifeste, l'ébranlement quelquefois considérable, non-seulement la gencive est rouge ou livide dans toute sa hauteur au niveau de

la dent malade, mais elle est le siége d'un gonflement douloureux à la pression et sa rougeur s'étend aux parties voisines. Loin de calmer la douleur les liquides tièdes l'exagèrent tandis que les liquides froids amènent un peu de calme, comme dans toutes les inflammations, du reste.

Ces deux états, avons-nous dit, peuvent se terminer par résolution, ce qui est indiqué par la diminution graduelle et la disparition des symptômes, disparition qui peut s'effectuer en quelques heures au moins pour la périostite subaiguë, mais ils peuvent aussi passer à l'état chronique ou finir par la suppuration qui peut elle-même prendre des caractères de chronicité.

Le passage à l'état chronique de cette période de la maladie caractérisée par le développement et l'hypergénèse des éléments du périoste est marqué par la diminution de certains symptômes et par la persistance de certains autres, ainsi l'allongement et l'ébranlement de la dent diminuent bien un peu d'abord, mais ils se maintiennent et peuvent même augmenter avec le temps; les douleurs spontanées et les douleurs provoquées ensuite, perdent, d'abord, de leur intensité et arrivent dans certains cas à disparaître complétement.

L'inflammation, au contraire, est-elle très-vive, l'exagération de tous les symptômes, le caractère lancinant des douleurs suivis bientôt d'un calme relatif annoncent le moment de la formation du pus. Lorsque celui-ci a trouvé son issue au-dehors par une des voies que nous avons indiquées, sa production et son écoulement peuvent persister indéfiniment, mais l'état du malade s'améliore de plus en plus, les douleurs disparaissent, la dent reprend sa fixité et ses fonctions, et lorsqu'au bout d'un certain temps, le malade vient consulter pour quelqu'une des complications qu'on peut alors rencontrer, il peut très-bien se faire que le médecin méconnaisse la cause de la maladie. et s'il la soupçonne hésite sur son siége alors surtout que la maladie s'était développée sur une dent dont la couronne était intacte, dans le

cas de périostite spontanée. Cet embarras a lieu surtout alors que la maladie, ce qui s'observe quelquefois, chez les individus affaiblis en particulier, a suivi dès son début une marche très-lente, passive pour ainsi dire, arrivant à la suppuration sans éveiller l'attention du malade. On conçoit toute la gravité d'une erreur de diagnostic dans ce cas, l'extraction pratiquée le plus souvent n'amenant d'autre résultat que la privation pour le malade d'un organe sain sans améliorer en rien sa position. Certains signes, cependant, doivent déterminer le choix du chirurgien. Ainsi, assez souvent la dent atteinte présente une différence de coloration, les produits de la décomposition de la pulpe après sa gangrène ont pénétré la dentine et lui ont donné une teinte grisâtre qui tranche un peu sur les voisines. La percussion offre aussi une petite différence de sonorité sur cette dent, le timbre en est un peu plus clair que sur les autres. Lorsqu'il y a un abcès développé ou en voie de formation, un petit kyste purulent situé à quelque distance dans l'épaisseur de la joue, par exemple, comme nous en citons une observation (obs. XVI), on peut sentir avec le doigt promené dans la gouttière muqueuse du vestibule un cordon fibreux qui relie la dent malade et la nouvelle formation pathologique. Lorsqu'une fistule s'est établie, soit à la gencive, soit à la peau, il est très-important d'explorer le trajet avec le stylet, sa direction mettra presque toujours sur la voie et conduira sur la racine nécrosée (obs. XXIV). Il est cependant encore quelquefois permis d'hésiter même après l'exploration par le stylet. Ainsi, lorsqu'on introduit le stylet dans une fistule cutanée de la région mentonnière déterminée par la périostite chronique d'une incisive inférieure, il est parfois fort difficile après avoir traversé les parties molles et le maxillaire, de savoir sur la racine de quelle dent porte l'instrument, on peut hésiter entre deux dents contiguës. La percussion pratiquée alors d'une façon toute spéciale apporte un précieux élément de diagnostic. Si l'on fait percuter avec un corps dur l'extrémité du stylet maintenu d'uue main en

même temps que l'on applique un doigt de l'autre main alternativement sur l'une ou sur l'autre des dents soupçonnées, la transmission du choc que l'on ressent un peu sur toutes les dents de la région en raison de leur fixité dans les mêmes parties solides, est cependant perçue d'une façon beaucoup plus évidente quand on applique le doigt sur la dent dont la racine est en contact avec le stylet. En même temps, le malade interrogé accuse ordinairement une sensation particulière à peine douloureuse dont il fixe invariablement le siége dans la même dent. La percussion pratiquée sur la couronne sans changer le stylet de place est transmise aussi d'une façon plus distincte par l'instrument alors que l'on frappe sur la dent malade (obs. LIII).

Si l'inflammation du périoste alvéolo-dentaire a envahi cette membrane dans toute son étendue, tous les symptômes, l'allongement et l'ébranlement en particulier se présentent alors à leur plus haut degré de développement. Lorsqu'elle est partielle, il importe pour le traitement de savoir si elle occupe l'une des faces ou le sommet. Dans la périostite du sommet, la plus fréquente, la percussion pratiquée perpendiculairement à l'axe transversal de la dent est manifestement plus douloureuse que lorsqu'on vient à frapper sur l'une des faces. Dans la périostite de la face, c'est le contraire, la douleur provoquée par la percussion latérale est plus vive que par la percussion verticale.

Diagnostic différentiel.

La périostite alvéolo-dentaire au moins à l'état aigu se présente avec des caractères tellement bien tranchés, qu'il est à peu près impossible de la méconnaître ou de la confondre avec une autre maladie. Nous dirons cependant un mot de quelques affections qui pourraient peut-être donner lieu à une erreur de diagnostic : l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, l'évolution patholo-

gique de la dent de sagesse, la carie, la pulpite, les stomatites, la gingivite, les névralgies dentaires, les tumeurs du périoste et du cément.

Ostéo-périostite alvéolo-dentaire. — En effet, si dès les premières lignes de ce travail nous avons dit que les caractères anatomo-pathologiques de cette affection en tout, semblables à ceux de la périostite alvéolo-dentaire nous empêchaient de partager l'avis de Magitot et de la considérer comme une maladie spéciale, nous devons reconnaître que son étiologie, le plus souvent, et sa marche présentent, des caractères qui doivent la faire regarder au moins comme une forme toute particulière de la périostite. Malgré la similitude des lésions dans l'une et l'autre forme, nous conserverons à celle-ci le nom d'ostéo-périostite alvéolo-dentaire qui donne bien une idée des désordres qu'elle entraîne à un certain degré, pour la distinguer de la forme ordinaire et plus fréquente de la périostite alvéolo-dentaire. Dans la pratique, au point de vue du traitement et du pronostic, il importe beaucoup, en effet, de savoir reconnaître cette forme.

Si la déviation, l'allongement de la dent et ensuite son ébranlement montrent que le périoste est pris de suite sur une certaine étendue, peut-être même en totalité, il est constant que le décollement du périoste et sa suppuration débutent au niveau de la gencive, tandis que dans la forme ordinaire c'est le plus souvent vers le sommet que se produisent ces phénomènes. La périostite peut bien atteindre à la fois plusieurs dents isolées ou voisines, nous en citons des exemples (obs. X), mais c'est là un fait rare, tandis que l'ostéo-périostite porte son action sur plusieurs dents contiguës ou même sur toutes les dents. La dent une fois enlevée, dans la forme ordinaire, tout est fini, et l'affection ne se propage pas, dans la variété qui nous occupe, au contraire, lorsque la maladie a déterminé la chute d'un de ces organes ou lorsque la dent affectée a été enlevée, on voit le périoste de la

dent voisine se prendre à son tour et subir les mêmes altérations. Enfin, presque toujours l'affection est liée à un état général, au diabète en particulier, on l'observe même dès le début de la glycosurie, ou bien souvent encore c'est une affection héréditaire.

Evolution pathologique de la dent de sagesse. — La difficulté de l'éruption de la dent de sagesse et sa rétention dans la mâchoire donnant fréquemment lieu aux mêmes accidents consécutifs que la périostite développée sur cette dent, les auteurs confondent le tout ensemble sous le nom d'accidents de la dent de sagesse. Cette confusion est regrettable cependant, en dehors même de toute question de pathogénie car elle influe sur le traitement et il suffit d'être prévenu pour l'éviter. Disons tout de suite, que les accidents dont nous venons de parler ne s'observent guère qu'à la machoire inférieure, la troisième molaire trouvant toujours une place suffisante à la machoire supérieure. A la mâchoire inférieure, au contraire, une fois l'arcade dentaire complète, il arrive souvent que la troisième molaire ne trouve plus entre l'apophyse montante et la face postérieure de la deuxième molaire la place nécessaire à son éruption. De là des phénomènes variables et plus ou moins graves, soulèvement, ulcération de la muqueuse, phlegmon de la joue, ostéite lente ou rapide du maxillaire, phlegmon du cou, etc. La dent de sagesse atteinte de périostite peut devenir aussi l'origine de la plupart de ces accidents en raison de son siége au fond de la mâchoire où elle disparait presque complètement dans le tissu osseux du maxillaire, enveloppée qu'elle est par la base de l'apophyse montante, en raison de la situation profonde de ses racines au-dessous du cul-de-sac muqueux du vestibule, situation qui ne permet que bien difficilement l'établissement d'une fistule gingivale dans le cas de périostite chronique. Ces accidents sont d'autant plus fréquents que la périostite de la dent de sagesse s'observe très-souvent, consécutivement à la carie qui l'atteint très-fréquemment, la lenteur de

son évolution dans la mâchoire pendant des années exposant, en effet, ses tissus au retentissement de toutes les affections qui ont pu atteindre le sujet pendant cette longue période de formation. L'examen de la bouche permet de remonter de suite à la cause première des accidents. Dans le cas de périostite, la troisième molaire est d'abord visible au fond de la bouche, faisant saillie à sa place normale en dehors de la muqueuse plus ou moins enflammée, elle est souvent attaquée de carie, ce qui est déjà une présomption, puis en même temps qu'elle est sensible à la pression, elle est ébranlée et mobile sous les instruments. A-t-on affaire à des accidents de l'éruption, d'abord la dent peut faire défaut, être restée incluse ou bien on n'en aperçoit qu'un petit coin sous une ulcération de la muqueuse ; si elle est un peu plus découverte, la pression excercée sur la couronne est bien douloureuse, mais la dent comprimée de toute part est absolument immobile.

Carie. — Nous dirons peu de choses du diagnostic différentiel de la périostite et de la carie dont les caractères sont si particuliers. Les deux affections coexistent fréquemment sur la même dent, l'une n'étant qu'une complication de l'autre, mais très-souvent il y a des caries sans périostite consécutive. Les douleurs qui pourraient alors induire en erreur quelqu'un de peu excercé sont dues le plus souvent à une inflammation de la pulpe ; nous n'en dirons donc rien pour le moment, réservant cette question pour quand nous parlerons de la pulpite.

Les dents affectées de caries très-légères ou chez lesquelles la pulpe à complètement disparu ; sont insensibles en dehors de toute complication périostale, nous les laissons donc de côté. Mais les dents cariées et dont la pulpe n'est pas détruite peuvent, sans qu'il y ait inflammation de cet organe, présenter des phénomènes douloureux dans des circonstances diverses. Le caractère de ces douleurs permet facilement de les distinguer de celles de la périostite. L'impression des liquides froids est douloureuse dans

les caries du deuxième dégré un peu profondes et bien davantage encore dans les caries du troisième degré où la pulpe est à découvert, mais c'est une douleur vive, instantanée avec irradiations névralgiques multiples disparaissant rapidement dès que la cause qui l'a produite cesse d'agir, tandis que la douleur de la périostite est sourde, continue ; à la première période, les liquides froids l'exagèrent, il est vrai, mais ce n'est point d'une façon aussi vive et surtout aussi instantanée, elle n'éclate pas tout d'un coup avec une violence extrême. Et lorsque dans le cours d'une périostite bien caractérisée, arrivée à cette période aiguë que le froid calme un peu et siégeant sur une dent profondément cariée dans la cavité de laquelle on pénétre facilement sans faire souffrir, on voit les liquides froids exagérer instantanément les phénomènes douloureux, on peut affirmer qu'il reste au moins dans une racine un débris de pulpe (obs. LXI). Le vide pratiqué avec la langue dans ces carries du troisième degré provoque la même douleur avec les mêmes caractères d'instantanéité, tandis que dans le cas de périostite, la succion ne produit absolument rien. Enfin on n'observe ni l'ébranlement de la dent ni la douleur à la percussion.

L'exploration du fond de la cavité avec les instruments est douloureuse dans les caries avancées du deuxième degré et provoque de vives douleurs dans celles du troisième lorsque l'instrument arrive sur la pulpe ; dans la périostite pour provoquer de la douleur, il faut que l'exploration soit faite avec assez peu de ménagements pour amener l'ébranlement de la dent. Enfin on n'observe ni l'allongement, ni l'ébranlement de l'organe, ni la douleur à la percussion.

Pulpite. — Nous avons vu, à propos de l'étiologie que la pulpite était souvent l'origine de la périostite, les symptômes de cette dernière affection viennnent alors s'ajouter à ceux de la première. En dehors de cette simultanéité, il importe de bien établir les caractères différentiels de ces deux affections, le traitement indiqué

pour l'une pouvant fort bien, en cas d'erreur, exagérer les symptômes et aggraver les douleurs du malade au lieu de lui apporter quelques soulagements.

L'analogie de symptômes est surtout accusée à la première période, au moins quant à la sensation de tension, de corps étranger au niveau de la dent atteinte. Dès le début cependant le sentiment d'étranglement est déjà plus marqué et il y a de petites crises douloureuses dans l'inflammation de la pulpe; le malade n'éprouve pas ce besoin constant de pression exercée avec les dents opposées; les liquides chauds et les liquides froids exagèrent la douleur, les tièdes plus que les froids; on n'observe pas de liseré sur la gencive au niveau de la dent affectée. Dans la périostite, au contraire, outre les caractères de la douleur, plus sourde, continue, le besoin de pression sur l'organe malade, l'impression produite par les liquides tièdes est bienfaisante tandis que le froid est douloureux et le collet de la dent est entouré d'un petit cercle livide.

A une période plus avancée, alors que l'inflammation est confirmée, les caractères différentiels sont encore bien plus marqués. Des crises douloureuses d'une violence extrême caractérisent la pulpite, la pression et la percussion ne sont pas douloureuses, au moins la percussion verticale, car, en frappant un peu vigoureusement sur une des faces de la dent, on peut de cette façon provoquer un ébranlement douloureux de la pulpe; la dent n'est pas allongée, ni ébranlée. Pour la périostite : la rougeur limitée du début a envahi dans toute sa hauteur la gencive qui est en même temps gonflée et douloureuse à la pression, la dent est allongée, mobile, douloureuse à la pression et à la percussion. Dans les deux cas les liquides chauds exagèrent la douleur tandis que les liquides froids la calment, mais ce qui différencie la pulpite d'une façon bien nette c'est l'instantanéïté de l'impression.

L'inflammation de la pulpe peut aboutir à la suppuration tout aussi bien que la périostite, et dans une carie pénétrante, cet écou-

lement de pus par le canal dentaire peut en imposer momentanément pour une périostite suppurée (obs. LXII). La distinction est facile cependant, la cessation absolue de tous les symptômes accompagne cette terminaison dans la pulpite; un calme complet succède aux crises douloureuses qui l'ont précédé ; le pus est épais verdâtre, il ne s'en écoule qu'une petite quantité et il se tarit rapidement par la disparition de la pulpe. Dans la périostite, cette terminaison, même quand la suppuration va passer à l'état chronique, n'est pas suivie par la disparition de tous les symptômes, tout en s'amendant les douleurs spontanées persistent encore quelque temps, il en est de même des douleurs provoquées par la pression et la percussion. La dent reste aussi allongée et ébranlée un certain temps, enfin les caracteres du pus sont très-différents, c'est un pus clair, un peu séreux dont l'écoulement est très-peu abondant il est vrai, surtout au bout de quelques jours, mais constant. Il serait facile aussi de reconnaître une périostite chronique suppurant depuis longtemps et chez laquelle l'introduction d'un corps étranger dans sa cavité ou une obturation seraient venus mettre obstacle à l'écoulement du pus. Dans ce cas le passage à l'état aigu s'annonce par tous les symptômes de la périostite aiguë dont nous avons établi les caractères différentiels.

Stomatites, gingivites. — Les stomatites simples ou spécifiques, diphthéritiques ou autres, ne peuvent induire en erreur. Eles occupent toute ou presque toute la muqueuse buccale débutant par un point quelconque, les joues, la langue, les amygdales et présentant des caractères spéciaux.

La gingivite ne commence pas par un point isolé, elle occupe toute l'étendue ou au moins une notable étendue de la gencive et quand elle amène l'ébranlement des dents, c'est là le plus souvent un phénomène consécutif et qui porte à la fois sur plusieurs dents.

Névralgie dentaire. — La névralgie dentaire essentielle, assez rare du reste, se distingue facilemeni des douleurs de la périostite. Elle occupe tout un côté de la mâchoire en haut ou en bas, quelquefois en haut et en bas à la fois, elle subit des paroxysmes revenant surtout à intervalles réguliers. Toutes les dents innervées par une même branche sont douloureuses mais ne présentent pas d'ébranlement. Les douleurs irradiées le long des trajets nerveux sont particulièrement aiguës au niveau des points d'émergence des filets superficiels mentonniers, sus et sous-orbitaires. Le traitement habituel de la névralgie fait disparaître tous ces accidents et reste sans effet sur la périostite. Nous avons, il est vrai, cité le fait d'une périostite intermittente, que nous avons cru pouvoir atttribuer à des influences paludéennes et nous savons que la périostite peut déterminer des névralgies faciales, il est donc probable que dans le cas d'une coïncidence pareille le traitement amènerait à la fois la disparition de la névralgie et de la périostite, mais encore la névralgie n'aurait-elle été que consécutive.

Tumeurs du périoste, exostose du cément. — Nous ne croyon pas devoir insister, à propos des tumeurs du périoste qui, pour nous ne sont guère que des complications de la périostite tout aussi bien que les exostoses du cément. Nous avons vu, en effet, que les plus nombreuses, toutes les tumeurs fibreuses avec leurs variétés n'étaient que l'exagération des phénomènes normaux de la périostite et que l'origine de la plupart des autres devait être attribuée à une de ces inflammations. Ce qui doit faire soupçonner cette terminaison, c'est la permanence d'une inflammation subaiguë interrompue de temps à autre par des crises aiguës.

Abcès alvéolaire, résorption spontanée des racines. — Nous ne ferons pas non plus le diagnostic des abcès alvéolaires et des abcès sous-périostaux qui ne sont que la terminaison de la périos-

tite par suppuration avec une marche rapide, aiguë, et tous les phénomènes consécutifs pour les premiers, tandis que les seconds, avec leur marche lente et progressive président ordinairement à la formation des kystes de la mâchoire.

Ce que l'on a encore décrit sous le nom de résorption spontanée des racines des dents permanentes n'est qu'une conséquence des phénomènes de résorption étudiés au chapitre de l'*Anatomie pathologique* dans le cas de périostite chronique ou de poussées successives de périostite.

Caries alvéolaires latentes (1). — Nous croyons devoir consacrer ici, quelques lignes à cette création pathologique de M. Chassaignac, dont nous aurions dû faire avec le plus grand soin le diagnostic différentiel si sa place dans le cadre nosologique avait été tant soit peu justifiée.

Avant d'aborder la discussion de ce sujet, nous nous élèverons de suite contre le titre même donné à l'affection. Il n'y a pas, il ne peut pas y avoir de caries alvéolaires. Les altérations des racines consécutives à des affections du périoste et dont nous avons étudié les caractères à propos de l'anatomie pathologique sont tout à fait distinctes de la carie, ce sont des résorptions légères ou profondes du cément seul ou du cément et de l'ivoire à la fois, des hypertrophies, des exostoses du cément, des fongosités périostales, mais ce n'est point là de la carie. La carie n'est possible que dans certaines conditions de milieu bien étudiées et bien connues maintenant, conditions impossibles dans une cavité close en dehors des influences de la cavité buccale. Quant au prétendu état latent de la maladie, nous verrons qu'il est aussi des plus imaginaire et que, pour M. Chassaignac, il n'a été latent pendant la vie des sujets que parce qu'il les observait après leur mort.

(1) Chassaignac. *Gazette des hôpitaux*. 19 sept. 1843. *Bulletin de thérapeutique*, 15 nov. 1851. *Traité pratique de la suppuration* t. I, p. 539 et t. II, p. 179.

C'est en effet, à une époque où il faisait des recherches sur les lymphatiques de la tête que M. Chassaignac découvrit cette affection en choisissant à l'amphithéâtre de jeunes sujets présentant des ganglions sous-maxillaires hypertrophiés. Et lorsque M. Chassaignac crut en observer des exemples sur le vivant, nous verrons que la maladie n'avait alors rien de latent, que des accidents multiples et assez graves avaient révélé son existence depuis longtemps déjà. Nous n'en voulons pour preuve que les deux observations empruntées au *Traité de la suppuration*. Dans la première (obs. LXIII), les accidents étaient si peu latents que la malade, une femme de 47 ans, avait depuis plusieurs mois une fistule avec engorgement au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure à droite consécutivement à une périostite de la troisième molaire inférieure droite. La constriction des mâchoires était telle que le sujet en était réduit à l'usage du bouillon et du vin, et dépérissait rapidement par inanition. La seconde observation (obs. LXIV), qui n'est pour nous qu'un exemple de l'évolution pathologique de la dent de sagesse nous fait l'histoire d'une jeune fille de 17 ans dont l'état était plus grave encore. Quatre trajets fistuleux donnant avec abondance du pus séreux mêlé de parcelles osseuses existaient à la partie supérieure et latérale du cou, plusieurs autres trajets fistuleux s'ouvraient dans l'intérieur de la bouche, la constriction des mâchoires était extrême.

L'adénite sous-maxillaire en déterminant le choix de M. Chassaignac pour ses injections devait fatalement lui faire rencontrer dans les mâchoires des altérations dont elle n'était qu'une complication, nous pourrions presque dire un symptôme, tant est grande la fréquence de l'adénite dans la périostite surtout à la période de suppuration et chez les jeunes sujets. C'est, en effet, l'anatomie pathologique de la périostite suppurée que décrit M. Chassaignac, et il est impossible de la décrire mieux qu'il le fait :

« Dans un premier degré, dit-il, le pus peut siéger à l'intérieur,

de l'alvéole, en restant confiné entre le périoste alvéolo-dentaire et la racine de la dent.

« Dans un deuxième degré, il peut avoir atteint le tissu de l'os maxillaire et s'y être infiltré de manière à y produire une carie ou une nécrose complètement renfermée dans l'épaisseur du corps de l'os et qui ne peut être reconnue que par une coupe faite dans le tissu osseux.

« Dans le troisième degré, il arrive, et c'est un mécanisme fort curieux de la migration et de l'élimination du pus, que ce liquide détermine l'ulcération perforative du maxillaire, de telle sorte que l'alvéole se convertit à son sommet et du côté de la face antérieure du maxillaire inférieur, en une espèce de lame criblée à travers les trous de laquelle le pus se fait jour, pour se collecter ou s'établir sous le périoste. »

M. Chassaignac mentionne aussi les fougosités inflammatoires du périoste dont nous connaissons l'origine et la constitution, il les attribue à « une transformation fongueuse de la houppe nerveuse et vasculaire qui sert de pédicule vital à la dent, » et les considère comme caractéristiques de la carie alvéolaire latente.

Nous ne contestons point l'authenticité de ces faits positifs et bien observés, nous n'en rejettons que l'interprétation et nous n'avons point à faire le diagnostic différentiel d'une affection qui n'est autre que la périostite elle-même.

VIII. — PRONOSTIC.

La périostite alvéolo-dentaire peut, il est vrai, causer de bien vives douleurs et donner lieu, dans certains cas, à quelques phénomènes généraux, mais, par elle-même, elle n'offre jamais de gravité, elle ne devient véritablement sérieuse que par les complications qu'elle peut amener. C'est donc sur l'imminence plus ou moins grande de ses complications que repose le pronostic de la périostite. Or, ces complications variant dans leur nature et dans leur fréquence suivant le siége de la dent affectée, c'est donc le siége même de la périostite, à l'une ou à l'autre mâchoire, et le rang occupé par la dent malade, dans l'une des deux arcades dentaires qui deviendra un des principaux éléments du pronostic.

Ainsi, toutes choses égales d'ailleurs, une périostite de la mâchoire inférieure sera toujours plus grave que celle de l'arcade dentaire opposée. Les phlegmons, les abcès péri-maxillaires sont plus fréquents dans ce cas, les altérations consécutives du maxillaire plus graves, l'extension des accidents inflammatoires du côté du cou, de la poitrine, sont plus à craindre. Alors même que les complications ne prennent pas une gravité extrême, la terminaison des abcès péri-maxillaires par une fistule interne est la règle à la mâchoire supérieure, tandis qu'en bas, les accidents du côté de la peau sont plus fréquents.

A la mâchoire inférieure même, le pronostic variera suivant la dent atteinte. Les dents antérieures canines et incisives, dont le sommet ne dépasse pas le cul-de-sac alvéolo-labial, exposent à moins de désordres consécutifs que les molaires et surtout que la

troisième, en raison de leurs rapports anatomiques. A la mâchoire supérieure, si une périostite des canines ou des incisives peut faire craindre quelques complications du côté des fosses nasales, on pourra redouter l'extension de l'inflammation du périoste des prémolaires et de la première molaire surtout à la muqueuse du sinus maxillaire.

Selon que l'inflammation occupe une plus ou moins grande portion du périoste dentaire, l'affection sera aussi plus ou moins bénigne, une périostite partielle sera toujours moins grave qu'une périostite totale.

La cause de la périostite n'est point sans importance non plus alors que la violence qui l'a déterminée n'a pas été extrême et n'a par amené de lésions de voisinage, la périostite traumatique a le plus souvent une terminaison heureuse et rapide. La périostite spontanée ou de cause générale offre ceci de particulier qu'elle expose le malade à des rechutes fréquentes; de plus, elle nous a paru, plus que toute autre, avoir une tendance au passage à l'état chronique (obs. LIII, LVII, LVIII, V, VI, VIII). C'est la marche même de la périostite qui lui donne, en effet, plus ou moins de gravité. La périostite subaiguë est le plus souvent une affection si légère qu'elle mérite à peine l'attention ; à l'état aigu, outre les douleurs qu'elle occassionne, elle expose à toutes les complications inflammatoires du voisinage dont nous avons fait l'étude et elle peut, en outre, se terminer par le passage à l'état chronique, c'est-à-dire en donnant lieu à une affection d'une durée indéfinie, à moins d'une intervention chirurgicale, qui n'est pas toujours possible, suivant la dent malade et le siége de l'inflammation sur la dent malade : c'est ainsi qu'une périostite chronique du sommet, curable par la résection de cette partie de la racine offrira plus de chance de guérison qu'une périostite limitée à une des faces.

Le tempérament, l'état de santé général du malade, influent beaucoup sur la marche et la terminaison de l'affection. Les lym-

phatiques, les scrofuleux, les individus débilités seront plus que personne exposés aux engorgements ganglionnaires, aux suppurations, etc.

Une périostite qui, chez tout autre, pourrait paraître une affection sans conséquence, revêt, au contraire, un caractère d'une gravité extrême, quand elle atteint des individus exerçant certaines professions, les ouvriers, par exemple, qui travaillent dans les ateliers de trempage et de mise en boites des allumettes chimiques. C'est en effet une menace, le premier indice de la nécrose phosphorée ou plutôt de la périostite et de l'ostéite phosphorée, ainsi que nous serions tenté de l'appeler avec l'éminent chirurgien de Necker.

(1) Guyon. *Dictionn. encyclopédique des sciences méd.*, 2e série, t. V, p. 372.

IX. — TRAITEMENT.

Dans ce chapitre, nous étudierons successivement :

1° La thérapeutique de la périostite alvéolo-dentaire et de ses accidents immédiats ;

2° Les opérations pratiquées dans le but de conserver l'organe atteint et de lui permettre de reprendre ses fonctions. Nous ne parlerons donc pas ici de l'extraction.

Cette suppression de la dent malade, qui a été longtemps en effet le seul traitement de la périostite à tous ses degrés et qui est certainement encore le moyen le plus employé en raison de l'ignorance de la plupart de ceux auxquels est confié l'exercice de la chirurgie dentaire, ne peut véritablement être regardée comme un mode de traitement de la périostite, puisqu'elle entraîne la disparition de l'organe affecté. Si le rejet de cette opération ne doit pas être aussi absolu ici que pour le traitement de la carie, nous pouvons dire cependant que, dans le cours de la périostite aiguë et subaiguë, l'extraction n'est jamais indiquée, qu'elle n'est excusable que lorsque de graves accidents de voisinage à évolution rapide, tels que phlegmon, ostéite, nécrose du maxillaire menacent de défigurer le malade ou de compromettre son existence. Mais on rentre alors dans le traitement des complications, et nous ne saurions aborder ce sujet sans donner à notre travail des dimensions vraiment démesurées et sans sortir du cadre que nous nous sommes tracé au début de cette étude. C'est encore pour ses complications et uniquement à cause d'elles que nous la voyons parfois indiquée dans la périostite chronique avec suintement purulent entraînant par exemple le développement

d'un kyste de la mâchoire, et encore dans ce cas, la conservation de la dent est-elle quelquefois compatible avec la guérison de cette complication ainsi que le prouve une observation de Moreau (1), de même que nous avons vu dans un cas de nécrose du maxillaire inférieur la possibilité de conserver une dent dont la racine était nécrosée après avoir fait la résection de son sommet à travers un clapier (obs. XXXI). Elle est inutile dans cette forme de périostite chronique caractérisée par le développement continu des éléments du périoste et qui, lorsqu'on n'a pu enrayer sa marche, amène presque fatalement l'élimination de la dent par ses progrès même. Elle est inutile encore dans cette forme de périostite chronique qui a entraîné la formation d'une ou plusieurs fistules muqueuses ou cutanées, et si nous l'admettons dans ce cas, ce n'est que comme *extraction temporaire* et devant permettre une opération qui assurera la guérison de tous les accidents en même temps que la conservation de la dent et le rétablissement de ses usages.

Nous ne dirons rien de la prophylaxie de la périostite alvéolo-dentaire, car s'il est difficile de se mettre à l'abri des causes générales ou traumatiques sous l'influence desquelles elle peut se développer, nous ne pourrions que faire des recommandations banales sur l'hygiène de la bouche, sur la nécessité de ne pas laisser le tartre s'accumuler au collet des dents, sur le danger des obturations mal faites ou intempestives. Inutile, croyons-nous, de faire ressortir l'importance du traitement rationnel de la carie dentaire, comme moyen préventif de la périostite. En effet, si la carie peut déjà par elle-même produire des phénomènes douloureux, intenses et amener une grande gêne des fonctions de la digestion après la disparition d'un certain nombre de dents, c'est surtout par la périostite consécutivement développée qu'elle devient grave, c'est par son intermédiaire qu'elle peut produire les complications les plus étendues et les plus désastreuses.

(1) Magitot. *Mémoire sur les kystes des mâchoires,* obs. VIII.

Avant d'aborder le traitement curatif de la périostite alvéolo-dentaire, disons tout de suite aussi qu'un des éléments importants du traitement est la recherche de la cause qui a donné lieu à la maladie et que souvent il suffit de supprimer cette cause pour amener la guérison de la périostite. Ainsi l'inflammation du périoste dentaire occasionnée par un appareil de prothèse mal fait disparaîtra par la suppression de cet appareil et son remplacement par un autre mieux approprié. Il suffira de donner un coup de lime sur une obturation qui débordait la cavité d'une carie pour voir céder une périostite consécutive à l'irritation de la gencive produite par ce contact. L'enlèvement d'un plombage ou sa perforation amènera la fin de tous les accidents aigus produits par la rétention des liquides secrétés dans une dent atteinte de périostite chronique. Le traitement de la pulpite par les opiacés et les anesthésiques ou la destruction de la pulpe par les caustiques dans une carie pénétrante amènera la guérison d'une périostite consécutive à l'inflammation de la pulpe.

Le traitement curatif de la périostite varie suivant la forme, le degré de la maladie. Nous aurons donc à étudier :

1° Le traitement de la périostite subaiguë;

2° Le traitement de la périostite aiguë;

3° Le traitement de la périostite chronique. Mais nous verrons que pour cette dernière, il y a lieu d'étudier en plus un traitement palliatif auquel le chirurgien doit avoir fréquemment recours.

A. — Traitement de la périostite subaigue

Le traitement est ordinairement des plus simples, toujours local et le plus souvent même la périostite disparaît sans qu'on fasse rien contre elle. Il est rare du reste d'être consulté à ce moment par les malades, ils supportent patiemment cette gêne assez légère dans l'espoir souvent justifié qu'elle disparaîtra toute seule, et ce n'est que lorsque l'affection plus intense a pris déjà des caractères aigus qu'il viennent demander conseil. Elle ne se présente guère à l'ob-

servation du praticien que lorsqu'elle lui débute sous les yeux pour ainsi dire, dans le cours,par exemple, du traitement de la carie dentaire.

A cette période l'usage de décoction tièdes, émollientes et narcotiques, comme la décoction de guimauve et de pavot donne de bons résultats et suffit souvent. Le malade conserve chaque fois ce liquide dans la bouche et le maintient un certain temps au contact de la dent affectée, de façon à l'y faire baigner.

Quelques applications irritantes sur la gencive, telles que la teinture d'iode, le collodion cantharidé, peuvent aussi rendre service. L'action de l'acide chromique cristallisé légèrement appliqué sur la gencive à l'aide d'une mince baguette de bois, est particulièrement efficace et nous a souvent suffit sans avoir recours à d'autres moyens.

Lorsque la périostite est consécutive à une carie, ce qui réussit le mieux, alors même qu'on néglige tout autre chose, est l'emploi des opiacés, une petite boulette de coton soigneusement imbibée de laudanum de Rousseau est placée dans la cavité. La façon de procéder au pansement est très-importante dans le traitement de la périostite à tous les degrés, et nous l'indiquerons de suite pour n'avoir pas à y revenir, mais c'est surtout dans les caries pénétrantes qu'il faut suivre ce précepte. Au lieu de calmer les accidents et d'amener le résultat qu'on est en droit d'attendre des opiacés, un pansement mal appliqué ne peut en effet qu'aggraver l'affection et augmenter les souffrances du malade. Le coton bien mouillé, mais peu serré doit être placé très-légèrement dans la cavité, sans le comprimer nullement. Souvent, en effet, il se fait un petit suintement par le canal dentaire, et si le pansement, quel qu'il soit, met obstacle à son écoulement, les symptômes n'en deviennent que plus aigus et plus douloureux. L'emploi des opiacés n'est pas aussi efficace dans les périostites spontanées, il y est moins commode d'abord, car il n'y a pas de cavité pour le recevoir. Cependant quand il existe un intervalle suffisant dû à l'écartement normal des dents ou à une extraction antécédene, on

peut appliquer un pansement opiacé au collet de la dent, mais il faut bien veiller à ce qu'il ne détermine pas de compression sur la gencive ou sur la dent.

B. — Traitement de la périostite aigue.

A cette période le traitement de la périostite est le plus souvent encore purement local, mais il peut aussi se faire que des accidents généraux, dus à la violence des accidents locaux, nécessitent l'emploi d'un traitement général. Nous ne parlons pas ici, bien entendu, de tons les phénomènes généraux qui pourraient se trouver sous la dépendance des complications. Nous croyons inutile d'insister sur cette partie du traitement qui ne diffère en rien de la thérapeutique habituelle des accidents fébriles, mais nous croyons devoir nous élever contre l'emploi de moyens généraux tels que la saignée générale, lorsque les accidents de la périostite sont purement locaux, quelle que soit leur intensité. D'une utilité contestable sur la marche de la périostite, elle n'a d'autre résultat que d'affaiblir inutilement le malade. Sans proscrire les purgatifs d'une façon aussi absolue, nous devons dire que leur emploi est le plus souvent inutile et n'a d'excuse que l'acuité des symptômes.

Aux moyens locaux indiqués pour la période précédente, mais parmi lesquels il nous faudra supprimer les lotions tièdes dans la bouche, devenues intolérables, nous ajouterons les cataplasmes en permanence sur la joue, l'emploi du cautère actuel, les applications de sangsues, les scarifications de la gencive.

Les cautérisations, pratiquées dans ce cas avec le fer rouge ou le galvano-cautère, doivent être légères, multiples et occuper toute la hauteur de l'alvéole affecté (obs. LIV).

Les émissions sanguines locales obtenues à l'aide d'une sangsue donnent les meilleurs résultats (obs. LV), c'est le remède par excellence et il est absolument exceptionnel de ne pas le voir amener la guérison. Le calme ne succède pas toujours à l'application, mais il

tarde peu et annonce la disparition graduelle de tous les accident Lorsque ce moyen échoue, il faut le plus souvent attribuer l'insuccès à la façon dont l'application a été faite. Le point d'application sur la gencive est, en effet, la chose importante avant tout, et il suffit de peu de chose pour rendre inutile cette saignée locale ou pour qu'elle ne donne qu'un résultat incomplet. La sangsue doit être appliquée sur la gencive, bien exactement au niveau de la dent malade, à égale distance à peu près de son bord libre et du cul-de-sac muqueux du vestibule. De petits tubes spéciaux facilitent cette opération en permettant de porter l'animal à la place indiquée et en l'obligeant à se fixer juste où l'on veut. Une fois prise, on abandonne la sangsue jusqu'à ce qu'elle se détache d'elle-même ; immédiatement après, on peut encore prescrire l'usage de lotions tièdes, de façon à continuer un peu l'écoulement du sang, auquel on ne doit mettre obstacle, par les moyens habituels que s'il menaçait de devenir trop abondant, ce qui est fort rare dans ces conditions.

La répugnance qu'inspire à beaucoup de personnes l'introduction et le séjour d'une sangsue dans leur bouche a inspiré le désir de la remplacer par d'autres moyens; mais jusqu'ici les essais tentés à cet égard sont restés infructueux ou peu s'en faut. Les scarifications de la gencive suffisent lorsque la périostite n'est pas très-aiguë, mais restent sans effet dès que l'affection est un peu plus intense. Cette petite opération peut se faire avec le bistouri ordinaire ou même avec la lancette, quand il s'agit d'une dent antérieure, mais on emploie de préférence, pour cet usage, un petit bistouri spécial dont la lame, qui n'a pas plus de 1 centimètre et demi de longueur, se trouve montée sur un manche d'acier mince et cylindrique de 12 à 15 centimètres ; il est ainsi facile de porter le tranchant jusqu'au fond de la bouche sans se masquer la vue. On entretient ensuite l'écoulement sanguin à l'aide de liquides chauds.

Des ventouses spéciales portant des scarificateurs, des sangsues artificielles, puisqu'on les a ainsi nommées, ont été inventées pour remplacer la sangsue, mais ces appareils nombreux et variés ne

témoignent guère que de l'imagination de leurs auteurs sans rendre aucun service. En attendant de nouveaux perfectionnements, nous croyons donc inutile de décrire des instruments dont l'emploi, plus ou moins facile dans la bouche, n'a pas donné jusqu'ici de résultat satisfaisant.

Quand la périostite est très-aiguë, il est avantageux de prescrire le chlorate de potasse concurremment aux moyens indiqués. L'action du chlorate de potasse, si remarquable déjà dans toutes les stomatites, est, en effet, des plus évidentes aussi dans la périostite. A haute dose peut-être agit-il, dans ce cas, d'une façon générale, mais son action utile est surtout une action locale ; nous savons, en effet, que son élimination est des plus rapides et qu'elle se fait surtout par les glandes de la bouche, par la salive qui forme ainsi dans la cavité buccale une solution de chlorate de potasse. Aussi, dans le but de concourir encore à cette action, avons-nous l'habitude de prescrire ce sel en pastilles que le malade laisse fondre entre la gencive et la joue, aussi près que possible de la dent atteinte. Nous recommandons aussi, dans ce cas, de faire faire des pastilles contenant une plus forte dose de chlorate de potasse que celles que l'on trouve dans le commerce, des pastilles de 30 à 35 centigrammes, par exemple, de sorte que le malade ne soit pas obligé d'en prendre un trop grand nombre pour obtenir une dose suffisante. Quoique plus riches en substance active, ces pastilles peuvent être très-petites et très-minces. On peut aussi prescrire le chlorate en potion, mais son action est moins efficace ainsi ; il en est de même des gargarismes, qui sont cependant utiles ; néanmoins lorsque les malades répugnent à l'emploi des pastilles, nous croyons préférable d'imiter la pratique de M. Gosselin, de faire appliquer sur la gencive une bande d'ouate imbibée dans une solution saturée, c'est là un véritable cataplasme de chlorate de potasse.

C. — Traitement de la périostite chronique.

Nous savons que la périostite chronique se présente sous deux

aspects différents. Dans une variété, les éléments du périoste ont pris un développement exagéré; dans l'autre, l'inflammation s'est terminée par suppuration et il est survenu consécutivement une ostéite et une nécrose partielle du cément qui perpétuent maintenant l'écoulement. Le traitement variera suivant qu'il s'adressera à l'une ou à l'autre de ces variétés.

Lorsqu'une périostite aiguë menace de passer à l'état chronique par le développement et l'hypergénèse des éléments du périoste alvéolo-dentaire, on retire souvent de grands avantages d'une saignée locale. Une application de sangsues, dans ce cas, amène presque invariablement l'affection à l'état aigu, et les moyens usités à cette période peuvent souvent conduire alors à la guérison d'une affection qui, sans cela, se serait indéfiniment prolongée jusqu'à la chute de l'organe atteint. Lorsqu'on n'a pu s'opposer ainsi au passage de l'affection à l'état chronique ou lorsqu'on n'est pas consulté à temps, des cautérisations sur la gencive avec le cautère actuel peuvent enrayer la marche lentement progressive de l'affection, quelquefois même amener sa guérison. Dans ce cas, les cautérisations doivent être nombreuses, profondes, pratiquées à l'aide d'un cautère en boule surmontée d'une pointe amincie ; on doit faire là, en un mot, de l'ignipuncture sur toute la hauteur de l'alvéole. En même temps aussi, on peut faire au niveau du bord des applications énergiques d'acide chromique.

Le traitement doit être tout autre lorsque la périostite chronique entretient un suintement de sérosité purulente. Le chirurgien trouvera, dans ce cas, des indications particulières suivant l'issue choisie par le pus, les complications consécutives, le siége de la dent malade, etc., et le traitement sera ou palliatif ou curatif.

Traitement palliatif. — Sans prétendre à la guérison de la périostite chronique, le traitement palliatif se propose de mettre

la maladie dans des conditions telles que son existence soit compatible avec la conservation de la dent et l'usage de ses fonctions. Pour cela, le chirurgien s'efforcera de copier ce qui se produit souvent spontanément sous ses yeux. Il est fréquent, en effet, de voir une périostite chronique ne plus entraîner aucune gêne pour le malade, alors que le pus trouve une issue facile au collet de la dent après avoir décollé le périoste, ou bien à la gencive par la formation d'une fistule muqueuse. Les fistules cutanées arrivent bien au même résultat, mais nous ne pouvons regarder comme une terminaison heureuse la production d'une difformité pour laquelle on réclame si souvent l'intervention chirurgicale. Les accidents douloureux disparaissent, l'écoulement se régularise, diminue d'une façon notable, au point de passer inaperçu; le plus souvent, le malade croit à sa guérison complète, ne soupçonnant pas l'existence d'une fistule en un point de sa gencive.

La position est toute autre, au contraire, alors que l'écoulement se fait par le canal dentaire, la cavité de la pulpe ne faisant plus qu'une avec celle de la carie, l'introduction de parcelles alimentaires jusque dans l'intérieur des canaux dentaires et leurs altérations sont des causes d'irritation constante pour le périoste alvéolo-dentaire, entretiennent une suppuration assez abondante et fétide et perpétuent un état peu douloureux, il est vrai, mais assez cependant pour condamner à l'inaction tout un côté de la bouche. De temps à autre, du reste, se déclarent des crises tout à fait aiguës lorsqu'un corps étranger accidentellement introduit est venu mettre un obstacle à l'écoulement des produits inflammatoires en oblitérant complètement le canal dentaire. C'est quelquefois aussi par son intervention même que le chirurgien provoque une de ces crises, lorsque le siége de la carie ou sa forme ne se prête pas à l'introduction facile de corps étrangers, il peut très-bien se faire qu'une périostite chronique tout à fait indolente soit méconnue; une obturation pratiquée dans ces condi-

tions, en retenant le pus dans les canaux dentaires et le refoulant vers la racine, déterminera une inflammation aiguë. Dans un cas de ce genre, le praticien peut profiter d'une de ces crises aiguës pour essayer de détourner le cours de la suppuration, lorsqu'il croit remarquer quelque tendance à la formation d'un petit abcès à la gencive consécutivement au décollement du périoste, sur toute la hauteur de la racine, ou à la migration du pus à travers l'alvéole, espérant déterminer ainsi la formation d'une fistule muqueuse dont le maintien permettra à la dent de reprendre ses fonctions. L'introduction dans la cavité de la dent cariée, de pansements de plus en plus serrés qui empêcheront complètement la sortie du pus par le canal dentaire favorisera cette terminaison, si la périostite aiguë n'a pas été déterminée déjà par une obturation. Il va de soi que le médecin doit veiller à ce que l'inflammation qu'il provoque ainsi ou au moins qu'il favorise ne dépasse pas certaines limites au delà desquelles elle pourrait produire des complications fâcheuses. Il est quelquefois utile, pour faciliter la sortie du pus au collet de la dent, d'enfoncer à ce niveau, entre la racine et la dent, une petite tige d'acier fine et aiguë. L'instrument le plus commode pour cette petite opération est tout simplement la sonde exploratrice dont on se sert pour l'examen des dents cariées. L'écoulement du pus une fois assuré par cette voie nouvelle et les petits accidents aïgus disparus, on peut alors pratiquer sans crainte l'obturation de la cavité quand elle n'avait pas déjà été faite.

A part ces conditions spéciales, lorsque l'existence d'une périostite chonique suppurée a été bien démontrée par la sortie du pus à travers les canaux dentaires, il est préférable de recourir à un autre moyen qui assure les mêmes avantages, sans créer aucune complication de voisinage. Nous voulons parler de l'application du drainage à la thérapeutique de cette forme de périostite chronique, dans le but d'assurer un libre écoulement au pus, tout en obturant les cavités cariées, de façon à permettre l'usage de la dent malade.

Les indications de cette opération ont, du reste, été nettement formulées il y a quelques années déjà par Magitot (1). Pour obtenir la permanence d'un pertuis allant du centre de la cavité de la pulpe au dehors et éviter ainsi tout accident aigu, il suffit de modifier un peu le procédé habituel d'obturation et d'une façon différente suivant le siége de la carie. Magitot avait eu l'idée de faire faire de petits tubes de platine qui, placés à la partie la plus déclive de la cavité et maintenus par la substance obturatrice même, établissaient ainsi un drainage permanent. Depuis longtemps déjà il a renoncé à l'emploi de ces tubes qui créait un embarras de plus sans aucun avantage. Il est plus simple, en effet, de creuser un canal dans la substance obturatrice même, il suffit pour cela de placer la sonde dans la cavité de la dent cariée de telle sorte que son extrémité engagée dans le canal dentaire l'obture complètement pour un moment et empêche ainsi la pénétration de la matière employée pendant l'obturation, qui, à part cette petite manœuvre se fait comme d'habitude. Une fois l'opération achevée on retire doucement la sonde et à sa place se trouve un conduit dont la substance obturatrice même forme les parois. On doit avoir la précaution de donner à la sonde une courbure telle que le pertuis se trouve à la partie la plus déclive de la cavité, aussi rapproché que possible de la gencive et vers sa portion vestibulaire pour éviter autant que faire se pourra son oblitération par quelques débris alimentaires. C'est le procédé le plus commode et le plus rapide, mais il n'est applicable que dans les caries de la face vestibulaire des dents et dans celles de l'interstice antérieur des molaires, lorque l'altération n'a porté que sur la face triturante, un drainage fait au moyen de la sonde comme nous venons de l'indiquer placerait le pertuis à la partie la plus élevée de la couronne, c'est-à-dire dans la position la plus défavorable à l'évacuation du pus et de telle sorte qu'il serait infailli-

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 30 août 1867.

blement oblitéré à chaque repas. Ce procédé est inapplicable encore lorsque la carie à son siége à l'interstice postérieur d'une molaire. Dans ces conditions il faut avoir recours à la trépanation de la dent à son lieu d'élection, c'est-à-dire au collet, à l'endroit précis ou finit l'émail et ou commence le cément, c'est là aussi que la cavité de la pulpe est la plus large et qu'elle est séparée de l'extérieur par la moindre épaisseur de dentine. Cette opération se fait facilement a l'aide d'un porte-forêt dont la tige en forme de vis d'Archimède porte à une de ses extrémités un petit trépan, tandis qu'un anneau mobile permet de la maintenir à l'autre bout entre les doigts de la main gauche, les mouvements de rotation sont déterminés à l'aide d'un petit manche en forme de curseur auquel la main droite imprime des mouvements de va-et-vient. Pour éviter le glissement de l'instrument au début, il est prudent de commencer à attaquer la dent avec un équarissoir, petite tige d'acier bien trempé et terminée par une pointe aiguë à trois facettes. La cessation brusque de toute résistance indique très-bien le moment précis de la pénétration de l'instrument dans la cavité de la pulpe. Une fois ce résultat atteint, on pratique l'obturation comme d'habitude après avoir eu soin d'introduire une sonde ou une petite mèche de coton par le petit canal de façon à maintenir sa communication avec le canal dentaire. C'est toujours à la face vestibulaire de la dent que doit être placé ce petit pertuis, mais à sa partie la plus antérieur de façon à pouvoir le surveiller aisément, au niveau du collet ainsi que nous venons de le recommander, de telle sorte que le bord libre de la gencive le recouvre pour ainsi dire et soit un obstacle de plus à l'introduction de corps étrangers. C'est à ce procédé encore qu'il faut avoir recours alors que la périostite chronique siége sur une dent dont la couronne est intacte.

Alors même qu'il existe déjà une petite fistule à la gencive, le drainage est quelquefois indiqué encore lorsqu'au lieu de rester permanente, l'ouverture gingivale se cicatrise de temps à autre

et détermine ainsi des abcès à répétition qui sont un ennui continuel pour le malade. Tout en restant ouverte, une fistule muqueuse n'offre quelquefois pas un écoulement assez facile au pus et la dent reste ainsi toujours un peu douloureuse et incapable de reprendre ses fonctions ; il est alors avantageux de pratiquer dans la dent un petit canal artificiel, le plus souvent même, dans ce cas, cette nouvelle issue suffit au bout de quelque temps, et la gencive se cicatrise d'une façon définitive.

On peut encore perforer la substance obturatrice alors qu'elle est suffisamment durcie, mais nous conseillons de n'employer ce moyen que lorsque la périostite chronique atteint une dent déjà obturée depuis longtemps, ou lorsqu'elle n'a été reconnue qu'après l'obturation. Il n'est pas toujours facile, en effet, d'arriver à travers la substance obturatrice juste dans le canal dentaire qui peut avoir été pénétré lui même par cette substance à une plus ou moins grande profondeur et puis il faut attendre le durcissement préalable de la matière employée et la rétention des produits inflammatoires pendant ce temps expose à des accidents aigus.

Quel que soit le procédé choisi, il est toujours bon de faire précéder le draînage de quelques pansements narcotiques qui dissipent toute douleur lorsque la dent n'est pas complètement insensible et diminuent de beaucoup la formation du pus. On ne doit jamais non plus négliger de recommander au malade de pratiquer quelques mouvements de succion après le repas et au moment de la toilette de la bouche afin d'entretenir toujours la liberté de son drain. Il suffit, en effet, de l'introduction dans ce canal d'un corps étranger qui l'oblitère complètement pour voir réapparaître tous les accidents inflammatoires; le passage d'un stylet ou d'un crin un peu résistant, d'un poil de sanglier, par exemple, en rétablissant la perméabilité du drain. amène rapidement la disparition de cette crise aiguë.

Le draînage est insuffisant dans le cas de fistules cutanées

mais nous n'avons pas évidemment à faire ici le traitement des fistules dentaires et nous sortirions de notre sujet en parlant de l'ingénieux procédé de M. Chassaignac pour le traitement des fistules cutanées par la transposition intéro-buccale de leur orifice fistuleux (1); ce procédé, en effet, ne s'adresse nullement à la périostite chronique, origine de tous les accidents, il la laisse telle que et déplace seulement le point de sortie des produits sécrétés.

Traitement curatif. — La formation d'une fistule à la gencive ou l'établissement du drainage permanent n'amènent point la guérison de la périostite, cette guérison s'observe quelquefois cependant, mais ce n'est jamais qu'au bout d'un temps fort long que l'on voit se cicatriser définitivement les fistules muqueuses ou que l'on peut oblitérer complètement une dent qui a été draînée. Ordinairement les symptômes douloureux disparaissent, l'écoulement se régularise, devient inappréciable, les fonctions de la bouche se rétablissent, mais la périostite subsiste et, avec elle, des menaces de retour à l'état aigu et de complications plus on moins graves. Il arrive aussi que le draînage améliore fort peu l'état du malade, la dent reste douloureuse ou la gencive est le siége fréquent de petits abcès; enfin la périostite chronique peut avoir déterminé une ou plusieurs fistules cutanées, et le draînage est impuissant à faire disparaître cette difformité.

Dans ces conditions, il est donc indiqué d'avoir recours à une opération qui amène la cure définitive de la périostite et par suite la guérison de toutes ses complications. Cette opération consiste dans l'avulsion de la dent et sa réimplantation immédiate après la résection de la portion nécrosée du cément. C'est M. le professeur Alquié, de Montpellier, qui a eu le premier l'idée de ce procédé et l'a appliqué pour la première fois dans son service de l'Hôtel-

(1) *Traité pratique de la suppuration*, t. 1, p. 535.

Dieu, le 11 novembre 1858, sur un malade dont nous rapportons l'histoire (obs. LXXII). C'est après la lecture de cette observation et en rapprochant de ce fait ce que nous avions observé nous-même dans un cas de résection de l'extrémité d'une canine à travers un trajet fistuleux du maxillaire inférieur (obs. XXXI), que nous avons demandé à notre maître, le Dr Magitot, de vouloir bien essayer cette méthode sur le Dr C. B. (obs. LXIX) (1). Le succès fut si complet que M. Magitot l'a appliqué depuis un assez grand nombre de fois et presque toujours avec le même résultat; nous donnons ici l'observation des trois premiers malades ainsi traités (obs. LXIX, LXX, LXXI).

M. Alquié avait eu, du reste, d'autres imitateurs avant nous, e en 1870, deux chirurgiens anglais, M. Colman et Lyons, avaient répété cette opération sur des malades de l'hôpital Saint-Barthélemy (2). Tous les résultats n'avaient pas été favorables, mais il faut dire que, dans certains cas, l'opération était restée incomplète, les praticiens de Londres s'étant contentés alors du grattage de la portion malade du périoste et du cément.

L'extraction, dans ce cas, doit être faite avec beaucoup de précautions, afin de produire le moins de traumatisme possible, de réduire autant que faire se pourra les déchirures des parties molles et d'éviter toute fracture de la racine et de l'alvéole. La portion nécrosée du sommet ne dépasse pas ordinairement de 1 à 4 millimètres, on en fait tout simplement la résection avec la pince de Liston, et la dent est ensuite replacée dans son alvéole. Il y a intérêt évident à remettre la dent en place aussi rapidement que possible, mais on peut, sans compromettre le résultat, laisser s'écouler un certain laps de temps entre l'extraction et la réim-

(1(Pietkiewicz et Piotrowski. *Gazette des hôpitaux,* janvier 1876, n. 5 et 8. Observations de périostite alvéolo-dentaire chronique avec complications de voisinage traitée par la résection suivie de la réimplantation,

(2) *The Lancet,* 6 sept. 1873, p. 334. *Replantation of teeth,* par Isidore yo ns et *evue des sciences médicales,* t. III, 1874, p. 426.

plantation ; ainsi, dans l'observation LXX, une carie de la couronne fut obturée entre ces deux temps de l'opération, ce qui demanda un quart d'heure environ. Il est prudent alors, croyons-nous, d'imiter la conduite tenue dans cette circonstance et de maintenir la dent dans une compresse imbibée d'eau tiède. La dent opérée est d'abord extrêmement mobile, mais il faut toujours chercher à éviter les appareils de contention. bandage de soie poissée, gutta-percha ramollie et moulée sur l'arcade dentaire, les tiraillements occasionnés par leur application et leur changement ne pouvant que nuire à la consolidation de l'organe. Il suffit. en général, de quelques précautions pendant les premiers jours, usage presque exclusif d'aliments liquides, repos de la dent aussi complet que possible, pour que les suites de cette opération soient des plus simples et qu'au bout de huit ou dix jours au plus la dent ait recouvré sa fixité et ses usages. Immédiatement après sa réimplantation, le bord libre de la dent opérée dépasse toujours, et quelquefois d'une façon très-notable, les dents voisines ; ce phénomène est ordinairement passager et diminue de jour en jour, au fur et à mesure du retour à l'état normal du périoste alvéolo-dentaire, et s'il restait une légère saillie, rien ne serait plus facile que d'y remédier par la résection ultérieure de la partie saillante du bord libre.

Certaines conditions doivent, selon nous, assurer ou au moins favoriser le succès de l'opération. Ainsi, une chose des plus importantes, à notre avis, c'est justement l'existence de ces complications de voisinage, pour lesquelles le malade est venu réclamer notre intervention, de ces fistules cutanées ou muqueuses qui assurent l'écoulement du pus et empêchent son séjour et son contact avec la surface de résection de la racine. Dans tous les cas de succès que nous connaissons, la suppuration avait ainsi son libre cours et dans notre observation du D[r] C. B., on ne put entrevoir le résultat qu'après l'ouverture d'un abcès de la voûte palatine et le passage d'un drain à travers le bord alvéolaire allant de la fis-

tule de la gencive à l'orifice de la voûte palatine. Le premier malade opéré par cette méthode, le malade de M. Alquié portait une fistule cutanée.

Si l'écoulement du pus, par une fistule, nous paraît une des conditions de réussite, il ne faut attendre aucun résultat de la réimplantation, alors que cet écoulement se fait à la gencive, après le décollement du périoste, sur toute la hauteur de la racine et la nécrose consécutive du cément sur la même étendue. On ne peut espérer voir le périoste contracter de nouvelles adhérences et reprendre sa fixité qu'alors qu'il n'a point été interrompu sur son pourtour, qu'il forme un manchon membraneux et vasculaire à la racine. Dans un cas d'insuccès de Magitot, le pus venait sourdre ainsi au niveau du collet de l'incisive opérée.

Il semble, au premier abord, que cette opération doive réussir, surtout sur les dents à racines multiples, l'altération ne portant le plus souvent que sur une seule racine, l'intégrité du périoste sur les autres paraît une garantie du succès. Il en serait ainsi, en effet, si les désordres produits par l'extraction n'étaient pas aussi beaucoup plus considérables en ce cas; il est bien rare, en effet, que l'extraction d'une molaire ne s'accompagne pas de quelque rupture des bords ou des cloisons alvéolaires, et quand même on évite cet accident, on éprouve quelquefois une impossibilité absolue à la réimplantation de l'organe, et ceci s'observe en particulier pour les molaires supérieures, dont les trois racines sont normalement plus ou moins divergentes. Lorsque les parois de l'alvéole ont cédé sans se rompre aux efforts de l'avulsion, elles reviennent sur elle-même ensuite par une sorte d'élasticité, et tous les essais pour remettre la dent en place sont infructueux. Dans les cas de convergence des racines, au contraire, les délabrements produits dans l'alvéole, quand on est assez heureux pour échapper à une fracture des racines, ne permettent d'espérer aucun succès. Où l'opération paraît offrir le plus de chances, c'est avec les prémolaires : grâce à leur racine bifide à son extrémité

seulement, on trouve réunies chez elles les conditions favorables d'extraction, aussi bien à peu près que sur les dents à racine unique, et les conditions d'adhérences rapides du périoste comme sur les molaires, alors que la périostite n'a altéré qu'un des sommets (obs. LXX). Parmi les molaires, ce serait peut-être la dent de sagesse qui présenterait la disposition anatomique la plus favorable, grâce à la réunion de ses racines en un faisceau.

Cette opération n'est praticable que dans le cas de périostite chronique du sommet; dans une périostite limitée d'une des faces, peut-être pourrait-on bien espérer quelque chose du grattage, de l'évidement avec la gouge de la portion nécrosée du cément ? Nous n'avons aucune observation à l'appui.

Nous venons de parler de la résection du sommet de la racine, il nous reste, pour achever cette étude du traitement de la périoste, à dire quelques mots de la résection de la couronne qui peut, selon les cas, être considérée comme un traitement palliatif ou comme un traitement curatif de cette maladie et peut aussi bien s'adresser à sa forme aiguë qu'à sa forme chronique. Cette opération, qui a pour résultat de soustraire la racine malade aux pressions et aux chocs inévitables, surtout pendant la mastication, et qui l'entretiennent dans un état constant d'inflammation, amène, en effet, le plus souvent, la disparition de tous les symptômes de la périostite. Elle se fait à l'aide de pinces coupantes, de scies ou de limes de formes variées suivant les cas, et quelquefois par l'emploi successif de ces divers instruments. On fait disparaître ainsi tout ce qui dépasse le niveau de la gencive, mais on doit comprendre qu'il faut réserver cette opération pour les cas où tous les autres moyens ont échoué, et en particulier pour ces cas extrêmes où la carie a détruit la couronne presque en totalité, de sorte qu'il en reste à peine quelques débris. Au point de vue des fonctions, cette opération entraîne, en effet, la perte de l'organe malade ; elle est cependant préférable encore à l'extraction, car le maintien et le séjour des racines dans la mâchoire

empêchent la résorption du bord alvéolaire, le déchaussement des dents voisines, et si plus tard le malade est obligé d'avoir recours à l'usage des appareils de prothèse, il trouvera dans sa bouche des moyens d'adaptation beaucoup plus sérieux.

Quelles que soient sa forme, sa cause, quel que soit son siége, il est donc bien rare que la périostite alvéolo-dentaire se trouve au-dessus des ressources d'une thérapeutique bien conduite. C'est ce caractère éminemment curable de la périostite que nous nous étions proposé de démontrer dans ce travail, heureux si nous pouvions ainsi contribuer à restreindre l'emploi de l'avulsion dans le traitement des affections dentaires et à faire considérer comme une exception une pratique le plus souvent aussi inutile que barbare.

SECONDE PARTIE

OBSERVATIONS

OBSERVATION Ire. — *Développement de fongosités alvéolaires après l'extraction d'une canine supérieure droite atteinte de périostite. — Ablation de la paroi osseuse et destruction des fongosités avec le cautère actuel. — Guérison.* (Observation inédite, Dr Magitot.)

10 novembre 1861. Mademoiselle B..., 30 ans. La carie a envahi, au côté externe, un tiers environ de la couronne, et pénètre jusqu'à la pulpe mise à nu et enflammée. Douleurs spontanées, insomnies, etc. —Application d'un liquide calmant.

Le 11. Le calme a été complet. — Application du caustique.

Le 21. Amélioration considérable, toute douleur spontanée ou provoquée a disparu. — Pansement laudanisé.

Le 14. Le stylet pénètre dans la cavité de la pulpe jusqu'à une grande hauteur, sans rencontrer aucun point sensible. — Pansement à la teinture de Benjoin.

Le 18. Il s'est déclaré, depuis la veille, une douleur légère le long de la racine de la dent en traitement. Celle-ci semble un peu soulevée et sensible à la percussion, pas de gonflement de la lèvre. Pansement laudanisé.

Le 20. La douleur est devenue plus vive et continue, présentant tous les caractères propres à une inflammation violente du périoste au sommet de la racine, avec production de kyste purulent ou fongosité périostale. — Application de deux sangsues au point de la gencive correspondant.

Le 22. Persistance des accidents au même degré, douleurs permanentes intolérables. La malade, découragée, renonce à suivre le traitement et demande à attendre.

8 décembre. La malade revient sans avoir obtenu par l'emploi de divers moyens (laudanum, alcool camphré, etc.) aucune amélioration; elle est décidée à subir l'extraction. La dent est notablement ébranlée, extrêmement douloureuse au moindre contact; il y a un léger gonflement de la gencive, qui semble soulevée par une masse sous-jacente.

L'extraction ne présente aucune difficulté. L'examen montre que la racine, baignee de pus, est dépourvue de son périoste. Je crains que ce dernier, resté dans l'alvéole, ne vienne causer quelque accident.

Le 15. La malade revient, se plaignant de souffrir avec la même intensité et les mêmes caractères que précédemment.

La gencive est volumineuse et toujours soulevée. A l'orifice de

l'alvéole, je constate la présence d'une masse rougeâtre fongueuse qui le dépasse dans l'intérieur de la bouche. — Cautérisation avec le nitrate d'argent.

Le 20. La fongosité n'a pas disparu. Je pratique alors une incision en V, à sommet supérieur, le long de l'alvéole de la canine absente, j'enlève la paroi alvéolaire comprise dans l'incision, et, avec le cautère actuel, je détruis toute l'épaisseur de la production fongueuse qui occupait toute l'étendue de l'alvéole.

4 janvier. La guérison est complète, avec une dépression notable toutefois, au niveau du point opéré.

Obs. II. — *Chute spontanée de la première prémolaire supérieure gauche consécutive à une périostite chronique. — Résorption des racines.* (Observation inédite et personnelle.)

Le Dr B... a eu une dent obturée (première prémolaire supérieure gauche) il y a une quinzaine d'années. A la suite de cette obturation, il nous dit avoir eu une fluxion qui s'était terminée par l'ouverture d'un abcès au niveau de la gencive. Depuis cette époque, il n'avait plus souffert; mais, depuis quelque temps, la dent s'était ébranlée peu à peu, et, au moment où il nous consulte, la dent est devenue tellement mobile qu'elle est sur le point de tomber.

La dent est enlevée avec une pince à disséquer, et nous voyons qu'elle ne tenait plus que par un petit lambeau de périoste situé à la face interne et postérieure. Tout le reste de la dent est dépourvue de périoste. La racine a complétement disparu dans plus de la moitié de sa hauteur, et la résorption s'étend sur la face externe sous forme d'une gouttière oblique qui remonte jusqu'au collet de la dent et met à découvert le canal dentaire. Toute la surface de résorption est lisse, éburnée; du pus couvre toute la racine.

Obs. III. — *Vaste abcès (kyste périostique) dans l'épaisseur de l'os maxillaire inférieur consécutif à une périostite de la canine inférieure droite.*

M. Houel fait voir un exemple d'abcès placé dans l'intérieur de l'os maxillaire inférieur d'un homme de 45 ans environ, dont le corps servait aux dissections dans les pavillons de l'École pratique. L'os maxillaire, à sa partie antérieure, est beaucoup plus épais que d'habitude; dans le sens antéro-postérieur et du côté gauche, à peu de distance de la ligne médiane, la lame osseuse, soulevée et continue, forme une tumeur saillante d'un centimètre environ. Sur cette tumeur, à l'état frais, l'os était un peu érodé, dans un seul point, là, le périoste commençait à se

décoller; tout autour, il n'y avait aucune autre altération. La mâchoire étant sciée vers sa partie médiane, d'avant en arrière, on trouve dans son intérieur une vaste cavité que remplissait du pus, commençant à droite, au niveau de la racine de la canine qui est cariée et plonge dans la cavité. De là, la cavité s'étend en avant, traverse la cloison symphisaire, dont il ne reste plus de traces, et s'étend beaucoup plus loin à gauche que du côté droit. La lame compacte de la paroi postérieure de l'os, avec les racines des dents, dont aucune n'est à découvert, à part celle de la canine droite, est intacte, à peine un peu rejetée en arrière. C'est surtout aux dépens de la lame compacte antérieure, intacte aussi, mais amincie surtout au niveau de la tumeur, que l'abcès s'était formé. (*Bulletins de la Société anatomique*, t. XXII, p. 89.)

Obs. IV. — *Tumeur à cytoblastions consécutive à une périostite développée sur la racine externe d'une première grosse molaire supérieure droite.*

Le jeune L..., âgé de 14 ans, d'une excellente constitution, sans ucun antécédent syphilitique héréditaire appréciable, a déjà quelque peu souffert des dents : ses quatre premières grosses molaires ont été obturées il y a dix-huit mois et, depuis cette époque, n'ont donné lieu à aucun accident.

Il y a un mois, la joue droite devint le siége d'une fluxion précédée et accompagnée de quelques douleurs sourdes, continues, caractérisées par de légers élancements. La fluxion, apparue presque subitement en quelques heures, répondait assez exactement aux racines de la dent en question, laquelle acquit en même temps une légère mobilité et de la douleur à la pression réciproque des arcades dentaires, de sorte que l'enfant mangeait du côté opposé. Cependant la fluxion, presque indolente, dura une quinzaine de jours sans augmenter de volume et disparut peu après par résolution, faisant place à un calme complet.

Il y a quatre jours, une deuxième fluxion apparut, précédée des mêmes douleurs sourdes dans la profondeur de la mâchoire, fluxion peu volumineuse, molle et presque indolente.

État actuel (2 août 1859). — La joue offre un gonflement léger, sans dureté ni rougeur à la peau. La première grosse molaire supérieure droite, isolée par la perte des dents temporaires qui existaient, est le siége d'une carie parfaitement obturée depuis plus d'une année : les mouvements imprimés à cette dent et la percussion ne déterminent qu'une très-légère douleur. Cependant, l'existence et le siége de la fluxion se rapportant bien évidemment à cette dent et les accidents anrérieurs faisant soupçonner une altération des racines, l'extraction est décidée. Le diagnostic reste néanmoins incertain entre une périostite et une tumeur du périoste.

Anatomie pathologique. — La racine interne présente à son sommet une production du volume d'une petite fève; elle est blanchâtre, molle, embrassant tout le sommet recourbé de cette racine et se prolongeant un peu sur son côté externe, dans l'intervalle qui les sépare des deux racines externes. Les manœuvres de l'opération l'ont détachée sur un point de la surface qui la supportait, de sorte qu'elle est flottante en partie.

Les deux racines externes sont parfaitement saines.

Examen microscopique (M. Ch. Robin, 2 août 1859). — La tumeur est formée d'une trame de fibres lamineuses très-écartées les unes des autres, accompagnées d'une certaine quantité de matière amorphe parcourue par des vaisseaux capillaires assez faciles à isoler; le tout parsemé d'un certain nombre de noyaux embryoplastiques et surtout d'un nombre très-considérable de cytoblastions à contours nets, finement granuleux, sans nucléoles, comme d'ordinaire. Ces éléments forment certainement à eux-seuls plus des deux tiers de la totalité du tissu. Cette uniformité de distribution, le nombre de ces éléments donnent à la préparation un aspect très-remarquable, surtout après le traitement par l'acide acétique (Magitot, ***Mémoire sur les tumeurs du périoste dentaire.*** Paris, 1873, 2e édit., p. 59, obs. XVIII).

Obs. V. — *Tumeur fibro-plastique consécutive à une périostite subaiguë et spontanée de la deuxième petite molaire supérieure gauche.*

M. G..., âgé de 60 ans, est d'une excellente constitution; il a perdu un très-grand nombre de ses dents, le plus souvent à la suite d'accidents ayant la plus grande analogie avec la maladie actuelle.

Il y a environ un an, M. G..., commença à observer un peu de mobilité de la deuxième petite molaire supérieure gauche, d'ailleurs exempte de carie. Cette dent était en même temps le siége de quelques douleurs profondes très-légères, devenant assez intenses pendant le repas, le malade étant obligé de se servir de ce côté de la bouche, en raison de l'absence complète des dents molaires du côté opposé. Les douleurs, quoique très-faibles, persistèrent cependant ainsi au même degré pendant deux mois environ, au bout desquels elles disparurent complétement. La dent malade reprit alors ses fonctions; puis, après un calme de plusieurs mois, les accidents reparurent avec une intensité un peu plus grande que la première fois. La mastication redevint très-pénible, et les douleurs s'étendirent un peu au voisinage, affectant le caractère de douleurs névralgiques vagues et fugaces. Cet état dura encore près de deux mois, puis disparut comme la première fois, pour faire place à une nouvelle période de calme, qui se prolongea jusque dans ces derniers temps.

Il y a huit jours, sous l'influence de l'impression brusque du froid, la douleur locale reparut; seulement, cette fois, au lieu de se montrer exclusivement pendant le repas, elle s'établit en permanence et acquit bientôt une intensité encore plus grande que dans les deux premières atteintes. Le lendemain de l'apparition de la douleur, la joue commença à devenir le siége d'une tuméfaction légère, s'accompagnant d'un léger mouvement fébrile, d'inappétence et d'insomnie. Le lendemain, la fluxion augmenta et acquit alors un volume considérable. En même temps, la dent devint très-sensible au moindre choc; les douleurs s'irradièrent dans la tempe et la joue correspondantes, puis les accidents diminuèrent peu à peu les jours suivants, et aujourd'hui ils ont presque entièrement disparu.

Néanmoins, le malade, craignant le retour des mêmes symptômes, vient réclamer l'extraction de la dent.

État actuel (15 janvier 1859). La joue est le siége d'une tuméfaction très-légère; les dents supérieures gauches sont toutes parfaitement exemptes de carie, et toutes, à l'exception de la deuxième petite molaire, sont très-solides. Cette dernière dent est très-sensible à la moindre pression; elle est considérablement ébranlée; la gencive, à son niveau, est rouge, tuméfiée et décollée de la surface dentaire, et son bord libre baigne dans un liquide purulent. L'extraction se fait avec la plus grande facilité et donne lieu à un écoulement sanguin assez considérable et à une douleur assez vive.

Le malade n'a pu être retrouvé depuis l'opération.

Anatomie pathologique. — La dent est parfaitement exempte de carie; l'extrémité de la racine est exactement entourée par une production molle d'un volume comparable à celui d'un gros pois, d'une coloration rouge vif, paraissant indiquer un état de congestion considérable; sa forme membraneuse, aplatie contre la surface dentaire, permet de la considérer, à première vue, comme un épaississement hypertrophique du périoste, limité au sommet de la racine; sa face libre est rugueuse et inégale; sa face adhérente est assez lâchement fixée à la dent, car, pendant l'extraction, elle s'est détachée sur ce point.

Examen microscopique (M. Robin, 15 janvier). — La trame tout entière se compose de tissus fibreux assez denses, dont les mailles sont remplies par un très-grand nombre de noyaux embryoplastiques très-nets, répandus également dans la masse de la tumeur; l'action de l'acide acétique rend ces noyaux beaucoup plus visibles et dissout un grand nombre de leucocytes accumulés à la surface de la tumeur (Magitot, *loc. cit.*, p. 48, obs. XI).

Obs. VI. — *Tumeur fibro-plastique consécutive à une périostite développée sur les racines d'une première grosse molaire supérieure droite.*

M. J..., âgé de 56 ans, d'une excellente constitution, ressentit, il y a environ deux ans, les premières atteintes de la maladie actuelle.

A cette époque, apparurent des douleurs sourdes siégeant au niveau de la première grosse molaire supérieure droite, accompagnées d'un peu d'allongement de la dent, d'une légère douleur pendant la mastication et d'une tuméfaction notable de la joue. Ces accidents, d'ailleurs très-faibles, ne préoccupaient nullement le malade; leur durée était de quelques jours, et ils disparaissaient entièrement. Alors la mastication, devenue pendant peu de temps difficile et douloureuse, se rétablissait comme par le passé; seulement, vers la fin de l'accès, le malade remarquait que, sous la pression du doigt sur le point externe de la gencive correspondant à la dent malade, il s'échappait un peu de pus paraissant provenir d'un petit abcès gingival.

Depuis cette époque, M. J.... a ressenti les mêmes symptômes à des intervalles d'environ trois mois. Leur intensité, leur durée, étaient les mêmes, et leur terminaison aboutissait à une légère collection purulente que la pression du doigt suffisait à vider pour permettre ensuite le rétablissement complet des fonctions dentaires suspendues pendant l'accès.

Néanmoins, le retour multiplié des fluxions avait produit dans la profondeur de la joue un noyau d'induration plastique persistant, autour duquel se groupaient les éléments inflammatoires des fluxions subséquentes.

Enfin, il y a dix jours, un nouvel accès se déclara. La joue se tuméfia considérablement; mais, chose remarquable, la dent conserva cette fois une immobilité et une insensibilité absolues, si bien que le malade affirme que la mastication est restée possible sur cette dent. En même temps, M. J... constata qu'il lui était impossible d'exprimer de la gencive la petite collection purulente qui s'y accumulait régulièrement aux accès précédents. Cette fois donc tous les accidents semblaient se résumer au phlegmon de la joue, qui prenait une extension croissante et qui s'accompagna bientôt de quelques accidents généraux. C'est ainsi que, dans les jours qui suivirent, M. J... éprouva de la fièvre avec exacerbation le soir, de la céphalalgie, de l'agitation nocturne et de l'insomnie.

Enfin, le 27 juin 1858, M. J... vint me consulter.

État actuel. — La joue droite est fortement tuméfiée, et le centre de la tuméfaction paraît correspondre à la partie moyenne du maxillaire supérieur; le centre est fluctuant.

État des dents supérieures. — Incisives droites parfaitement saines. Canine et première petite molaire réduites à l'état de racines depuis un grand nombre d'années et nullement douloureuses. La deuxième petite molaire manque : elle a été extraite il y a trente ans, à la suite d'une violente fluxion ; la première grosse molaire, parfaitement développée, ne présente dans sa couronne aucune altération visible ; elle est tout à fait immobile, nullement allongée ; la pression des arcades dentaires et la percussion directe n'y déterminent aucune douleur ; la deuxième grosse molaire est le siége d'une petite carie centrale qui n'a jamais donné lieu à aucune douleur et qui du reste, est obturée depuis trois ans. La dent de sagesse n'a pas paru. La gencive qui recouvre la partie interne des dents ne présente aucune altération ; quant à la gencive externe, le peu d'écartement possible des arcades dentaires ne permet plus de les apercevoir ; elle n'est d'ailleurs le siége d'aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée.

Je pratique, au moyen d'un bistouri, une incision au centre du foyer extérieur, et l'ouverture donne issue à une quantité assez considérable d'un pus de bonne nature et nullement fétide. Par l'ouverture pratiquée, l'explore la cavité, et le stylet, après quelques hésitations, passe sur une surface assez étendue de substance osseuse ou dentaire mise à nu.

Les frottements et la percussion opérés sur ce point permettent au malade d'affirmer que la surface touchée correspond à la première grosse molaire. D'ailleurs un doigt introduit dans la bouche laisse facilement percevoir sur cette dent la sensation du choc extérieur.

Quelques brins de charpie sont maintenus entre les bords de la plaie extérieure, et des cataplasmes sont appliqués sur la joue. Le jeudi 1er juillet, l'écoulement purulent dont la quantité a diminué, est cependant resté continu.

Un nouvel examen de la bouche permet de constater de nouveau l'indolence absolue des chicots et des dents du maxillaire supérieur droit. Je déclare au malade l'importance du sacrifice de la première grosse molaire. M. J.... s'y refuse et demande à attendre ; il me prie en outre de lui extraire la racine de la première petite molaire, assez voisine de la précédente, espérant que son ablation entraînera quelqu'amendement.

Je consens à cette opération, et la racine examinée ne présente aucune altération de nature à expliquer les symptômes éprouvés.

3 juillet. Persistance de l'écoulement purulent au même degré par l'ouverture pratiquée à la joue.

Le 6. L'état est le même ; une nouvelle exploration du trajet fistuleux permet encore au stylet de rencontrer une surface dénudée, correspondant toujours à la première grosse molaire, dont le malade se décide enfin à subir l'extraction.

Cette opération s'effectua très-simplement. L'extraction faite, le stylet, introduit de nouveau dans la fistule, ne parvient plus à retrouver la surface dénudée.

Le 10. La guérison est complète : l'orifice fistuleux est oblitéré et la tuméfaction est en voie décroissante.

Le malade est venu dix mois après l'opération : la guérison s'est maintenne.

Anatomie pathologique. — La couronne de la dent est parfaitement bien conformée et saine ; il en est de même du collet.

Des trois racines qui terminent cette dent, l'interne est terminée à son sommet par une petite production molle de la grosseur d'une grosse tête d'épingle, blanchâtre à l'extérieur, rougeâtre au centre. Les deux racines externes forment par leur divergence un espace triangulaire à sommet inférieur, espace exactement rempli par une production molle qui forme pour ainsi dire diaphragme entre elle.

Cette tumeur, qui offre une surface inégale et irrégulière analogue à celle des végétations, est blanchâtre à la surface, ainsi qu'à l'intérieur ; elle est molle et intimement adhérente à la surface des racines qui la limitent. Elle ne dépasse pas en dehors le niveau de la dent, mais elle fait saillie en dedans dans l'intervalle des racines. Son volume total peut-être comparé à celui d'une petite fève ; sa forme est aplatie dans son sens transversal.

Des deux racines externes, l'antérieure offre une lésion remarquable ; elle est courte, d'une teinte blanchâtre et opaque qui tranche sur la couleur normale des autres. Son extrémité est rugueuse, inégale, et le périoste est évidemment disparu de ce point. Cette racine pourrait bien être l'endroit senti par le stylet dans la profondeur de la fistule et l'altération dont elle est le siége parait être caractérisée principalement par une résorption de sa substance.

Examen microscopique (6 juillet M. Charles Robin). — Trame lamineuse très-nette et assez lâche, exactement remplie par des noyaux embryoplastiques remarquables par la netteté de leurs caractères et la présence d'un ou deux nucléoles très-brillants. Le tissu contient auss quelques gouttes d'huile et des leucocytes assez nombreux.

La petite tumeur qui occupe l'extrémité de la racine interne présente la même nature, avec cette particularité que les éléments embryoplastiques y sont moins développés que dans la grosse tumeur, de sorte que la masse, composée de noyaux de corps fusiormes inclus au sein d'une matière amphore transparente, présente, dans différents points seulement, quelques fibres lamineuses en voie d'évolution (Magitot, *loc. cit.*, p. 40, obs. VII.)

Obs. VII. — *Tumeur fibreuse consécutive à une périostite développée sur les racines d'une première molaire inférieure gauche.*

Le nommé B..., ébéniste, âgé de 26 ans, d'une excellente constitution, avait éprouvé il y a plusieurs années, des douleurs provenant de la première grosse molaire supérieure gauche qui, à cette époque, était cariée. Aucun traitement ne fut dirigé contre cette dent qui devint cependant peu à peu complètement insensible.

Il y a environ un an, quelques douleurs reparurent sur le même point, mais le sujet fait remarquer que ces nouvelles douleurs avaient un caractère très-différent des premières ressenties quelques années auparavant et qui, d'après les renseignements du malade, paraissaient dues à une carie dentaire simple. Au contraire, les douleurs apparues depuis un an étaient légères, sourdes, assez vagues, mais s'irradiant parfois dans l'oreille et la tempe correspondantes et disparaissant rapidement pour se reproduire de temps en temps sans époque déterminée, avec les mêmes caractères de bénignité. Cet état était d'ailleurs très-supportable, lorsque, il y a trois mois, sans aucune cause provocatrice appréciable, une sensation douloureuse reparut subitement au niveau de la dent en question ; mais, cette fois, la douleur, au lieu de diminuer, augmenta progressivement et revêtit des caractères spéciaux : elle était continue, tensive, s'exaspérant par les efforts de la mastication et s'irradiant dans toute la face et particulièrement dans la tempe et l'oreille. On conseilla alors au malade l'emploi de médicaments opiacés appliqués localement, et les accidents, après une durée de six jours, disparurent entièrement.

Vers la même époque, la première grosse molaire inférieure droite se caria, donna lieu à des accidents qui nous ont paru caractéristiques de l'inflammation aiguë de la pulpe dentaire et fut extraite ; cette dent, que le malade a conservée, ne présente aucune trace d'altération des racines. Néanmoins, cette particularité offre un certain intérêt, car l'extraction de cette dent obligea naturellement le malade à manger du côté opposé, c'est-à-diredu côté de la tumeur, circonstance qui ramena les accidents.

C'est ainsi que, depuis le premier accès, le sujet en a éprouvé successivement trois autres à des intervalles variant de quinze jours à un mois. Ces accès, identiques au premier, duraient de quatre à huit jours, pendant lesquels la gencive se tuméfiait légèrement, la dent paraissait plus longue et dépassait réellement le niveau des voisines ; les douleurs s'irradiaient constamment dans l'oreille et la tempe, et la mastication devenait impossible. Il y a trois semaines, un accès parut qui fut plus intense que les autres, et se termina après une durée de huit jours par

un petit abcès sur le bord gingival externe au niveau de la dent malade. Cet abcès s'ouvrit spontanément.

Enfin, ce matin même, à dix heures, le malade éprouva subitement une vive douleur identique à celles qui naissent d'ordinaire au début des accès, et cette fois, sans attendre plus longtemps, il vint me consulter.

État actuel (26 janvier 1858). — La bouche est garnie de dents bien conformées et implantées solidement, une seule manque, celle qui fut extraite il y a trois mois ; la première grosse molaire inférieure gauche dépasse de un ou deux millimètres le niveau des autres ; elle est chancelante et douloureuse au moindre choc. La gencive, au niveau de la dent malade, est déprimée, décollée de la surface dentaire, et son bord livide est découpé en dentelures inégales ; la pression sur cette gencive est douloureuse. La dent est profondément cariée dans sa face postérieure, mais la cavité de la carie, explorée avec un stylet, est complètement insensible, tout le collet de la dent est entouré par un liquide blanc purulent qui baigne le bord gingival ; la joue n'est pas tuméfiée.

Je diagnostique une tumeur du périoste. Je procède alors à l'extraction que le malade réclame énergiquement. Cette opération s'effectue très-facilement au moyen du davier, mais elle est accompagnée et suivie d'une douleur extrêmement vive, avec reproduction des irradiations douloureuses de la tempe et de l'oreille.

Le malade a pu être retrouvé un an après l'opération ; la guérison s'est maintenue.

Anatomie pathologique. — La carie que présente la dent extraite a envahi complétement la cavité de la pulpe, et cet organe a entièrement disparu : une section faite verticalement dans la racine postérieure a montré que les faisceaux vasculo-nerveux des racines ont également disparu.

Tout l'intervalle qui sépare les racines est rempli par une tumeur qui dépasse de chaque côté les limites de la dent et principalement en dehors, où la saillie est plus prononcée. Le volume de cette production peut être évalué à celui d'une grosse fève ; sa forme est celle de l'intervalle des racines, c'est-à-dire qu'elle est ovoïde. La tumeur cependant n'est pas limitée exactement, mais elle semble se propager un peu à toute la face antérieure des racines que recouvre un périoste déchiré et flottant en lambeaux. La couleur de la tumeur est blanchâtre, mais, sur le sommet des racines, on rencontre des plaques d'un rouge vif, qui décèlent des traces d'inflammation localisée. Quant à la face postérieure des racines, le périoste qui la recouvre paraît très-sain.

Examen microscopique (M. Charles Robin, 27 janvier.). — La tumeur se compose dans sa totalité d'une trame lamineuse assez lâche, avec une assez grande quantité de matière amorphe interposée et imprégnée

d'une certaine quantité de pus. On rencontre dans la tumeur un certain nombre de noyaux embryoplastiques et de corps fusiformes, on y trouve aussi quelques cytoblastions et un nombre considérable de vaissaux capillaires abondant surtout sur le sommet des racines dans le point où la tumeur présente une forte injection (Magitot, *loc. cit.*, page 31, observation I.)

Obs. VIII. — *Tumeur fibreuse consécutive à une périostite développée sur une deuxième grosse molaire inférieure gauche.*

Madame G..., âgé de 38 ans, d'une excellente constitution n'a perdu encore aucune de ses dents. Elle commença à ressentir, il y a cinq mois, une douleur sourde, continue, au niveau de la deuxième grosse molaire inférieure gauche, qui cependant paraissait exempte de carie. Cette douleur était faible, s'irradiant d'un côté de la face, et particulièrement dans l'oreille correspondante, où elle déterminait même de légers bourdonnements: en même temps, la dent sembla s'allonger et ne permit plus l'exercice de la mastication du côté malade. Les accidents se dissipèrent au bout de quatre ou cinq jours de durée et ne laissèrent aucune trace. Environ un mois après, ils reparurent avec les mêmes caractères ; mais cette fois, les bourdonnements d'oreille amenèrent un peu de surdité. Une légère fluxion vint compliquer ce nouvel accès, qui se termina comme le précédent, après une durée de cinq ou six jours, ne laissant après lui qu'un peu de gène dans la mastication. Depuis ce deuxième accès, il en survint plusieurs autres à des intervalles de quinze jours environ, caractérisés par les mêmes phénomènes et paraissant augmenter d'intensité à chaque nouvelle atteinte. Enfin, il y a trois jours, un dernier accès survint, qui prit une intensité insolite jusqu'alors, si bien que la malade, habituée jusqu'à présent à laisser passer les accidents, qui faisaient place à un calme presque complet, ne se sentit plus cette fois le courage de le supporter et vint me consulter, me demandant l'extraction de la dent malade.

État actuel. — La joue est assez fortement tuméfiée et douloureuse à la pression, avec un peu de rougeur de la peau. La bouche ne peut s'ouvrir aussi complètement qu'à l'état normal ; les dents sont toutes exemptes de carie : la deuxième grosse molaire inférieure gauche dépasse un peu le niveau des autres : elle est un peu déviée de sa direction normale et se dirige en dehors : elle est fortement ébranlée : la gencive est déprimée, rouge et épaissie, décollée de la surface dentaire, qui est couverte d'une légère couche de tartre. Les moindres mouvements imprimés à la dent sont douloureux, et la percussion verticale n'est pas tolérable : la dent ne présente sur sa couronne aucune altération, et l'exploration des racines, en partie mises à nu au moyen d'un stylet,

rencontre dans l'intervalle qui les sépare un point douloureux qu saigne au moindre contact.

Je diagnostique une tumeur de périoste et procède à l'extraction de la dent, opération très-facile qui est suivie d'une hémorrhagie assez abondante.

Trois mois après, la guérison était restée complète.

Anatomie pathologique. — Le périoste semble être le siége d'une sorte d'épaississement dans une grande étendue de sa surface, surtout sur le sommet des racines. Dans l'intervalle de ces dernières, au sommet de l'angle rentrant qu'elles forment, se rencontre une production molle, rougeâtre, qui dépasse un peu en dehors le niveau de la dent; son volume est comparable à celui d'un gros pois, sa consistance est molle, et sa surface, inégale, présente dans certains points une teinte rouge, qui décèle une injection partielle du tissu. La dent ne présente aucune trace de carie.

Examen microscopique (M. Ch. Robin, 2 juin). — La tumeur se compose d'une trame fibreuse simple, plus ou moins serrée, suivant le point où on l'observe, et parcourue par de nombreux capillaires. On rencontre aussi dans la masse quelques rares noyaux fibro-plastiques et des leucocytes du pus assez nombreux. (Magitot, ***Mémoire sur les tumeurs du périoste, loc. cit.***, p. 34, obs. III.

Obs. IX. — *Tumeur épithéliale consécutive à une périostite traumatique de la deuxième grosse molaire supérieure droite.*

Madame A..., âgée de 51 ans, plus réglée, a perdu déjà onze dents la plupart enlevées à la suite de carie. Une d'elles cependant (première grosse molaire inférieure gauche) a été perdue par suite d'une affection dont les symptômes, au dire de la malade, semblent se rapprocher notablement de ceux de l'affection présente.

Il y a un mois, Madame A... éprouva, pendant le repas, le choc brusque et violent d'un fragment osseux sur la deuxième grosse molaire supérieure droite, jusqu'alors parfaitement indolente. Le choc éprouvé fit naître aussitôt une vive douleur, qui se calma toutefois peu à peu et disparut. La dent, cependant, s'ébranla légèrement et resta, depuis cette époque, douloureuse pendant la mastication. Néanmoins, aucun symptôme grave n'apparaissait, lorsque, il y a trois jours, une douleur vive survint spontanément dans la dent malade, douleur continue, lancinante, s'exaspérant au moindre ébranlement et devenant, pendant la nuit, intolérable à cause de la chaleur du lit. Les douleurs s'irradiaient en même temps dans toutes les parties voisines, la tempe, l'oreille et le cou. Aucune fluxion n'apparut, mais les souffrances devinrent peu à peu

ellement vives que Madame A... avait perdu complétement l'appétit et le sommeil.

État actuel (13 novembre 1858). — La deuxième grosse molaire supérieure droite, isolée de ses voisines, ne présente aucune trace de carie; elle est légèrement mobile et paraît, par suite de son allongement, sortie en partie de son alvéole. La gencive est déprimée, rouge, tuméfiée; les moindres mouvements imprimés à la dent sont très-douloureux, le contact des liquides chauds est intolérable, tandis que celui des liquides froids apporte du soulagement; pas de fluxion à la joue. Je diagnostique une tumeur du périoste, et je procède à l'extraction de la dent. L'opération, très-facile, est suivie d'une hémorrhagie abondante.

Madame A... n'a pu être revue depuis l'opération.

Anatomie pathologique. — La dent, entièrement exempte de carie, offre, au sommet de ses racines convergentes, une production molle du volume d'un gros pois, d'une couleur rougeâtre, et décollée en partie de la surface dentaire pendant l'extraction. Parfaitement limitée au sommet des racines, elle entourait les faisceaux vasculo-nerveux de la pulpe, circonstance qui contribue à expliquer la violence des douleurs éprouvées. Le reste de la surface périostale est parfaitement sain.

Examen microscopique (M. Ch. Robin, 14 novembre). — La tumeur se compose d'une trame fibreuse assez lâche, parcourue par un grand nombre de vaisseaux capillaires et remplie de noyaux d'épithélium sphériques plus ou moins reguliers, et contenant 2, 3 ou 4 nucléoles assez brillants; le contour du noyau est assez pâle. On rencontre, en outre, dans la tumeur, une certaine quantité de leucocytes ou globules du pus. L'acide acétique les dissout en isolant leurs noyaux et fait apparaître en même temps dans la trame fibreuse quelques noyaux fibro-plastiques. (Magitot, *loc. cit.*, p. 52, obs. XIV).

OBS. X. — *Périostite de voisinage généralisée à tout un côté de la bouche, consécutive à une périostite spontanée de la première grosse molaire supérieure gauche* (Observation inédite et personnelle.)

Enfant de 9 ans, très-forte constitution, taille extraordinaire.

Sans traumatisme d'aucune sorte ni refroidissement, est pris, le 30 novembre, de douleurs sourdes dans le côté gauche de la mâchoire supérieure. La première grosse molaire, parfaitement intacte, est un peu sensible à la pression.

Le lendemain, phénomènes douloureux plus accentués. Toutes les dents du côté gauche de la mâchoire supérieure sont douloureuses à la pression, aucune n'est atteinte de carie; la joue correspondante est le siége d'un gonflement assez considérable. Tous ces accidents s'aggravent encore le lendemain : les ganglions sous-maxillaires s'engorgent,

les douleurs, très-vives, empêchent absolument l'enfant de dormir et de manger; plusieurs défaillances dans la journée.

Amené à la consultation le 3 décembre. Abattement considérable, pâleur des lèvres et des conjonctives, plusieurs défaillances pendant la consultation. Le gonflement de la joue est peu douloureux à la pression. L'examen de la bouche nous montre que l'enfant a du côté malade ses deux incisives permanentes, ses deux prémolaires et la première grosse molaire définitive, il ne reste qu'une dent temporaire, la canine. Une rougeur livide à peu près uniforme s'étend sur toute la muqueuse gingivale supérieure, depuis la ligne médiane jusqu'au fond de la bouche; toute cette partie est gonflée. Toutes les dents définitives, à l'exception de la première grosse molaire, par laquelle a cependant débuté l'affection, sont mobiles, l'incisive médiane moins que les autres. La moindre pression, le moindre ébranlement causent d'horribles souffrances et provoquent une syncope chez le petit malade. L'incisive latérale est plus mobile et plus douloureuse que les autres dents. — Prescription : purgatif; 2 grammes de chlorate de potasse en potion à prendre en une fois avant le repas, si le malade peut prendre quelque nourriture, et 2 grammes en pastilles de 25 cent. chaque, dans le courant de la journée.

L'état de souffrance et de faiblesse extrême du malade empêchent ses parents de le ramener à la consultation avant le 8 décembre. Le gonflement de la joue a un peu diminué. La première grosse molaire n'est plus ébranlée ni sensible à la pression. Très-légère mobilité de l'incisive médiane et des prémolaires, très-faible sensibilité à la pression. Le gonflement et la rougeur de la gencive ont beaucoup diminué, excepté au niveau de l'incisive latérale, qui est encore très-mobile et très-sensible à la pression. — Applicalion d'acide chromique sur la gencive à ce niveau.

10 décembre. État général tout à fait bon. Toutes les dents ont repris leur fixité et ne sont plus sensibles à la pression, à l'exception de l'incisive latérale, qui est toujours mobile et sensible à la pression. — Nouvelle application d'acide chromique.

Le 12. L'incisive latérale n'offre plus qu'une très-légère mobilité et est à peine sensible à la pression. Une eschare grisâtre très-superficielle couvre la gencive au niveau des applications caustiques. Le gonflement de la face est presque disparu. La guérison est jugée assurée.

Nous avons eu, depuis, des nouvelles du petit malade, neveu d'un des professeurs de la Faculté de médecine; la guérison s'est maintenue aucun accident ne s'est manifesté depuis lors.

Obs. XI. — *Kyste périostique de la mâchoire supérieure consécutif à une périostite de la première molaire supérieure droite.* (Observation inédite et personnelle.)

D..., 28 ans, forte constitution. y a cinq ou six ans, les deux grosses molaires supérieures droites ont été cassées dans des tentatives d'extraction pour caries douloureuses et ayant déterminé des fluxions. Il y a trois ans, la deuxième prémolaire se carie et devient probablement le siége d'une périostite, car le malade nous dit qu'elle était sensible à la pression. Une petite tumeur apparaît à la mâchoire supérieure, au-dessus de cette dent, qui est alors arrachée. La tumeur paraît diminuer un peu, mais ne disparaît pas. Il y a trois mois, cette tumeur commence à se développer graduellement. Pas de douleur, un peu de gêne seulement. Le malade attribue ce développement à la dent de sagesse, qui commence à se carier. Le malade se présente à la consultation le 11 novembre 1873. La tumeur, du volume d'une mandarine, produit une déformation considérable de la joue du côté droit. Sensation dure osseuse à la base de la tumeur, de la hauteur du petit doigt à peu près. Au-dessus, la tumeur est dépressible, fluctuante, mais ne donne en rien la sensation de parchemin. Le point de départ de la tumeur paraît être au-dessus de la racine de la première grosse molaire. On essaie donc d'enlever avec un davier d'abord la racine antéro-externe de cette dent. Cettte racine est enlevée facilement en même temps que la racine postéro-externe, à laquelle elle était soudée. A peine le malade a-t-il ressenti quelques douleurs. Il ne s'écoule qu'une très-petite quantité de sang, due à la déchirure du périoste alvéolo-dentaire. L'extrémité de ces deux racines est résorbée et couverte de bourgeons charnus. En comprimant alors la tumeur, on fait jaillir, par l'ouverture de l'alvéole, un liquide citrin tenant en suspension une grande quantité de cristaux micacés. Une petite portion de ce liquide est recueillie dans un tube à expérience pour l'examen. La tumeur s'affaisse complétement, la joue est revenue tout à fait à son volume normal. En introduisant alors le doigt dans la bouche et le promenant sur la face externe de l'arcade dentaire, on sent une bride osseuse à bord supérieur mousse, arrondi en forme de fer à cheval, à concavité supérieure, au-dessus, un enfoncement; le kyste, en se développant, au lieu d'écarter les parties osseuses et de se former ainsi une paroi aux dépens du maxillaire, a perforé l'os, et sa base seulement était entourée d'une bride osseuse épaisse. Le liquide retiré se prend en masse et permet d'incliner le tube presque dans une position horizontale sans le renverser. Il redevient fluide par la chaleur. L'examen microscopique y montre une très-grande quantité de cristaux de cholestérine et quelques globules sanguins dus assurément à la petite hémorrhagie du périoste.

Obs. XII. — *Kyste périostique consécutif à une périostite traumatique d'une incisive centrale supérieure droite.*

M. S..., 38 ans, n'a jamais souffert des dents. Il y a environ deux ans, il fit une chûte de cheval qui, outre diverses contusions de la face, ébranla notablement les dents antéro-supérieures et principalement l'incisive centrale droite. Ces dents se consolidèrent toutefois, et M. S..., ne se ressentait pas de ces accidents, lorsqu'il y a huit mois, il remarqua une légère grosseur siégeant sous la lèvre supérieure, au niveau de l'aile droite du nez. Cette grosseur prit un développement progressif sans cependant causer de douleur. L'incisive correspondante présentait, il est vrai, un léger allongement très-perceptible le matin, surtout à la rencontre des mâchoires. Cette dent paraissait aussi un peu ébranlée. En l'absence de toute autre sensation qu'une légère raideur et un peu d'empâtement de la lèvre supérieure, M. S... ne fit point davantage attention à cet état, lorsqu'il y a six mois, apparut une fluxion assez forte de la lèvre avec soulèvement de l'aile droite du nez et gonflement de la face jusqu'à l'orbite; il y eut en même temps de la fièvre pendant vingt-quatre heures, et la fluxion, après avoir duré cinq ou six jours, se dissipa sans que le malade eût remarqué qu'un abcès se fût formé à la gencive et eût donné issue à un liquide quelconque. M. S... constata seulement que la fluxion ne paraissait pas s'être affaissée complétement et qu'il restait une dureté plus grosse qu'auparavant et plus étendue à droite vers la joue. Le même accident, fluxion de quatre ou cinq jours, se reproduisit à divers intervalles, cinq fois encore depuis sa première apparition, et toujours laissant après lui une légère augmentation de la tumeur. Enfin, M. S..., le 17 janvier 1872, à la suite d'une dernière crise un peu plus douloureuse que les précédentes, alla demander à un dentiste de Paris l'extraction de l'incisive centrale à laquelle il attribuait les accidents; le praticien auquel il s'adressa, consentit à lui extraire la dent qu'il désignait. Au dire du malade, aussitôt l'extraction faite, il s'écoula une quantité considérable d'un liquide gras, épais comme du sirop et d'une saveur salée; il était rougeâtre, mais mélangé abondamment de sang et aussi de flocons blanchâtres. Le lendemain de l'opération, M. S..., bien que soulagé, mais préoccupé des circonstances insolites de l'opération de la veille, vient nous consulter. Nous constatons alors l'existence d'une tuméfaction de la lèvre et de la joue du côté droit du volume d'environ un œuf de pigeon (ce volume aurait, suivant le malade, beaucoup diminué déjà depuis la veille). L'alvéole de l'incisive extraite donne issue à un liquide sanieux, rougeâtre. Une sonde introduite par cet alvéole pénétra dans une cavité creusée dans la partie antérieure du maxillaire supérieur et dont les parois osseuses sont tapissées par une membrane lisse. Son

étendue représente environ un diamètre de cinq ou six centimètres. Nous conseillons à M. S... de faire, au moyen d'une petite sonde de gomme et d'une seringue en verre, trois injonctions par jour, avec de l'eau légèrement iodée. Au bout d'un mois, M. S... est entièrement guéri. La tuméfaction a complétement disparu, et l'alvéole non encore cicatrisée, ne donne issue qu'à une quantité presque imperceptible de liquide. La dent qui a été extraite et que M. S... nous présente n'offre dans sa couronne aucune altération appréciable; elle ne parait pas avoir changé de couleur. Son sommet est tronqué et se termine par une surface mamelonnée, inégale, présentant des pointes aiguës. Le canal dentaire est perceptible, mais parait vide absolument. Au niveau des bords de la surface rugueuse et inégale de la racine, on aperçoit des lambeaux membraneux desséchés, ce qui ne permet plus d'en faire l'examen anatomique (Magitot, *Mémoire sur les kystes des mâchoires*, *Archives générales de médecine*, 1872-1873, obs. IV.).

Obs. XIII. — *Kyste périostique consécutif à une périostite traumatique de la 2e prémolaire supérieure gauche.*

Ch. de T..., 22 ans, est d'une excellente constitution et d'une bonne santé; toutefois, appartenant à une famille où la carie dentaire est héréditaire, il a souvent souffert des dents. L'une de celles-ci, la première prémolaire supérieure droite, profondément atteinte, fut extraite il y a environ dix-huit mois. L'opération fut longue, laborieuse, la dent s'étant brisée à plusieurs reprises sous les instruments. Elle fut toutefois entièrement enlevée, mais, au dire du malade, des fragments d'alvéole furent entraînés; de plus, la dent voisine, la deuxième prémolaire, éprouva pendant l'opération un certain ébranlement et, les jours qui suivirent, devint très-douloureuse à la pression, aux sensations d'allongement. Les accidents se dissipèrent au bout de peu de temps, et le malade était depuis lors très-tranquille de ce côté de la bouche, lorsque, il y a peu près huit mois, quelques douleurs reparurent au niveau de cette même seconde molaire; elle devint sensible à la rencontre des dents opposées, et M. de T... reconnut qu'en passant le doigt le long du bord alvéolaire, on rencontrait, au niveau des racines de cette dent, la présence d'une petite tumeur du volume d'une amande, dure et indolente à la pression. La joue présentait une certaine raideur, sans rougeur ni gonflement. Ces petits accidents se dissipèrent néanmoins, mais la tumeur prit un développement progressif. Au mois de mai 1872, M. de T... vient nous consulter. Nous constatons que la joue gauche est soulevée par une tumeur du volume d'une mandarine: la peau est lisse, souple et mobile. Pas de douleur à la pression. La bouche étant ouverte, on reconnaît qu'après le vide laissé par l'extrac

tion de la première bicuspide, la deuxième bicuspide, d'ailleurs absolument dépourvue de carie, est notablement déchaussée de sa protection de muqueuse, surtout en avant, au point qui répond à la plaie qui précède. Elle offre une légère mobilité; ses racines répondent manifestement comme centre à la tumeur qui fait saillie en dehors dans le vestibule. Cette tumeur est sphérique, globuleuse, recouverte de la muqueuse un peu injectée. Elle est manifestement fluctuante, et en passant le doigt un peu en arrière, on constate très-nettement le bruit de parchemin, ce qui prouve que la paroi sur ce point est bien plus amincie qu'en avant où ce signe ne se perçoit pas. Une ponction avec un trocart explorateur permet de recueillir un liquide clair, jaunâtre et muqueux comme du sirop de gomme. La quantité qui s'écoule est environ le contenu d'un verre à madère. Une partie de ce liquide, recueillie dans un tube, se prend en masse par la chaleur et l'acide nitrique, ce qui indique sa nature albumineuse. Une autre partie du liquide se recouvre, par refroidissement, de quelques pellicules blanchâtres et brillantes, que l'examen microscopique reconnaît comme des cristaux de cholestérine très-abondants et très-élégants. Le liquide contient en outre des leucocytes en petit nombre et des cellules épithéliales sphériques détachées vraisemblablement de la paroi kystique. La poche étant largement ouverte, on y pénètre aisément avec le doigt qui rencontre à la partie inférieure de la cavité la racine dénudée dans une petite étendu de la deuxième petite molaire. Dans le but de tenter la guérison de ce kyste sans sacrifier la dent qui en a été la cause, nous instituons un traitement consistant dans des lavages quotidiens de la poche avec de l'eau additionnée d'un quart de teinture d'iode. Aucun accident local ni de voisinage ne complique cette pratique, et au bout de deux mois, au moment où le malade est obligé de quitter Paris, la tumeur est complètement affaissée et il ne reste qu'un petit trajet fistuleux d'environ quatre ou cinq millimètres aboutissant à la racine encore dénudée. La dent n'a plus aucune mobilité, et la mastication s'effectue librement du côté correspondant. Nous conseillons à M. de T... d'abandonner les choses à elles-mêmes (Magitot, ***Mémoire sur les kystes des mâchoires***, p. 98, obs. VII.)

OBS. XIV. — *Chapelet ganglionnaire cervical symptomatique de périostite multiples et persistantes. — Extraction des débris. — Guérison.*

Madame H..., jeune femme de vingt-huit ans, présente une carie générale des dents inférieures, ses gencives sont rouges et manifestement tuméfiées. La pression fait sortir un liquide purulent au niveau du collet des dents. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est l'existence d'un collier complet de ganglions entourant le maxillaire inférieur. On

peut compter une dizaine de ganglions de la grosseur de petites noix.

L'iode, les iodures, les bains sulfureux, l'huile de foie de morue, les préparations arsénicales, tout avait échoué.

Le docteur Borel (de Chabeuil) enlève toutes les dents malades. Huit jours après l'opération, les ganglions commençaient à diminuer.

Trois mois après, il n'en restait plus qu'un à l'angle de la mâchoire du côté droit.

Au mois de janvier 1873, le docteur Borel a revu sa malade complétement guérie.

Obs. XV. — *Engorgement des ganglions cervicaux consécutif à une périostite alvéolo-dentaire. — Cuérison.* (Obs. inédite, Dr Magitot).

Madame G..., carie de la dent de sagesse supérieure gauche; obturation intempestive sur la pulpe, périostite, engorgement des ganglions cervicaux volumineux, désobturation, traitement par le caustique (acide arsénieux), disparition en vingt-quatre heures de l'engorgement datant de quinze jours, continuation du traitement de la carie, obturation nouvelle, guérison.

Obs. XVI. — *Abcès dans l'épaisseur de la joue consécutif à une périostite chronique de là première grosse molaire inférieure gauche. — Cordon fibreux entre les racines de la dent malade et l'abcès* (Observation inédite du Dr Magitot).

Pierre M..., domestique, 39 ans. Nombreuses affections dentaires ayant entraîné la perte de cinq molaires (carie), aucune fistule, ni affection de la joue analogue à la maladie actuelle.

La première grosse molaire inférieure gauche est cariée depuis quatre ans, plombée depuis trois ans, déplombée depuis un an. Cette circonstance a donné lieu à l'apparition au bout de quelque temps d'un premier petit abcès de la gencive durant quatre à huit jours, précédé de quelques douleurs à la pression sur la dent malade. Ces abcès revenaient à des intervalles de un mois à cinq semaines et ne causaient pas d'autres accidents. Il y a six semaines environ, sans aucune cause appréciable et avec la seule coïncidence d'absence complète de toute manifestation gingivale, il survint extérieurement à la joue, une petite tuméfaction de la grosseur d'une petite amande. Cette petite tumeur acquit en six semaines le volume d'une noix, et le malade se présente à mon observation.

La joue présente une tuméfaction du volume d'une noix au niveau du maxillaire inférieur dans le point correspondant à la première grosse molaire. Cette tumeur est globuleuse, adhérente aux parties profondes,

à peu près indolente à la pression, mais donnant lieu depuis quelques jours à quelques élancements passagers. La peau a changé d'aspect, elle est rouge, violacée, amincie et adhérente à la tumeur qui présente en ce point une fluctuation très-manifeste.

Lorsqu'on passe le doigt dans le sillon alvéolo-labial, on observe qu'un cordon fibreux réunit la tumeur au point de l'alvéole correspondant à la dent malade.

OBT. XVII. — *Phlegmon sous-maxillaire consécutif à une périostite de la première molaire gauche. — Drainage. — Guérison* (Observation personnelle et inédite).

M. G..., 52 ans, bonne constitution. Depuis une quinzaine (fin de juillet), il souffre de violentes douleurs dans tout le côté gauche de la face, Il lui est impossible de mâcher de ce côté. Une dent, 2me prémolaire supérieure gauche parfaitement saine du reste, lui a été enlevée l'avant-veille à la mâchoire supérieure gauche. Les douleurs ont augmenté par suite du délabrement produit par l'extraction.

Etat de la bouche. — En outre de la 3me prémolaire supérieure gauche enlevée l'avant-veille, il manque encore à cette mâchoire la 2me grosse molaire du même côté; la dent de sagesse n'a fait son éruption nulle part. A la mâchoire inférieure, la 2e prémolaire de ce côté a été enlevée il y a longtemps. La 1re molaire inférieure gauche présente à la partie supérieure de sa face antérieure une petite carie dont la cavité contiendrait à peine un objet gros comme deux fois une tête d'épingle. Toutes les dents de la région offrent une certaine sensibilité à la percussion, mais la douleur est très-vive quand on percute celle-ci. L'exploration par le stylet fait reconnaître une carie pénétrante avec destruction spontanée de la pulpe, remontant sans doute à une époque déjà éloignée, car le malade sans pouvoir indiquer de date, reconnaît que cette dent était cariée depuis très-longtemps, mais qu'il n'en avait jamais souffert. Le stylet pénètre dans la cavité de la pulpe et de là dans les canaux dentaires.

Pansement laudanisé très-peu serré. — Rendez-vous indiqué pour le surlendeman.

Dès le soir, soulagement considérable. Le surlendemain, le malade, ne souffrant, plus du tout néglige de se présenter à la consultation. Il revient seulement un mois plus tard, le 28 août. Il n'a nullement souffert depuis, la dent est absolument insensible à la percussion, la mastication possible du côté gauche. — Obturation provisoire et rendez-vous fixé au mercredi suivant 2 septembre pour l'obturation défiuitive. — Le soir même, le malade souffre dans tout le côté de la mâchoire.

la dent est devenue douloureuse à la pression. — Le lendemain, ces phénomènes ont augmenté, mais comme le malade souffre en même temps de violentes céphalalgie, de mal de gorge, qu'il a des symptômes généraux très-accusés, il croit au début d'une affection fébrile et attend le mercredi 2 septembre. Il se présente alors à la consultation très-abattu par quatre jours d'insomnie et de très-vives souffrances. Toute la muqueuse buccale est injectée, et surtout du côté gauche et à la partie inférieure ; l'ouverture de la bouche est difficile, la dent très-douloureuse à la pression, les liquides chauds exaspèrent la douleur, les liquides froids soulagent un peu. — Une saillie dure, du volume d'un œuf de pigeon, sans limite précise, occupe le cul-de-sac gingival au niveau de la dent malade. En dehors, une saillie considérable partant de la ligne médiane occupe toute la branche horizontale du maxillaire jusqu'à l'angle de la mâchoire et toute la partie supérieure du cou. La peau est tendue, rouge, très-chaude, mais sans fluctuation.

Obsturation provisoire enlevée et remplacée par un pansement laudanisé très-peu serré. Bains locaux avec décoction de pavot tiède. Cataplasme laudanisé en permanence.

Le 3. Même état. Même prescription que la veille. Onctions mercurielles.

Le 4. Etat fébrile toujours assez intense. — Même presription et application d'une sangsue sur la gencive, un peu au-dessous du collet de la dent.

Le 5. Etat général encore grave, même état local, mais moins de douleurs. Le malade a perdu une assez grande quantité de sang. Uné bouteille d'eau de Sedlitz pour le lendemain 6.

Le 7. La douleur a beaucoup diminué à partir du 5 au soir. Le malade a passé deux bonnes nuits, la bouche s'ouvre plus facilement. La dent est encore douloureuse à la pression, mais l'empâtement inflammatoire qui occupait toute la région maxillaire inférieure gauche à beaucoup diminué. La peau n'est pas plus chaude que de l'autre côté, elle a repris sa coloration normale.

Le 8. Le mieux s'accentue encore, le malade ne souffre plus du tout. Le gonflement sous-maxillaire est maintenant parfaitement limité, c'est une petite tumeur dure, de la grosseur d'un œuf de pigeon, dont la partie moyenne du bord supérieur correspond à la dent malade.

Le 9. Le malade va de mieux en mieux. La tumeur, de la grosseur d'une noix, présente les mêmes caractères physiques que la veille.

Le 11. Aucune douleur, le malade a repris sa physionomie habituelle. A peine reste-t-il un petit point induré de la grosseur d'un petit pois.

Les pansements laudanisés continués encore quelques jours amènent la disparition complète d la tumeur. Une obturation métallique est alors faite, après avoir établi un drainage dans la substance même de l'ivoire, au niveau du collet de la dent.

Nous avons souvent eu depuis l'occasion de revoir ce malade et la guérison est maintenue.

Obs. XVIII. — *Phlegmon de la région massétérine droite déterminé par une périostite de la dent de sagesse.*

Bas (Marguerite), femme Armihaud, brunisseuse, âgée de 34 ans, entrée le 14 février 1870, dans le service de M. le professeur Gosselin, à la Charité, où elle est couchée au n° 8 de la salle Sainte-Catherine.

La malade nous dit qu'elle n'avait jamais souffert des dents avant 24 ans. Il y a dix ans, elle se serait fait arracher sa première mauvaise dent (avant-dernière molaire, en bas, à gauche). Immédiatement la dent de sagesse a fait éruption du même côté, et peu de temps après son éclosion a été suivie de l'évolution très-pénible de l'autre dent de sagesse. Mais peu à peu, ces deux dents à peine sorties se sont cariées et, vers le commencement de sa grossesse, la malade, qui est enceinte de cinq mois et demi, a ressenti des douleurs assez vives dans celle de droite.

Depuis lors, les douleurs se sont répétées et sont devenues presque continuelles; pour les calmer, la malade se faisait saigner les gencives avec une épingle, ce qui lui procurait un peu de soulagement. Au mois de décembre, est survenue une première fluxion qui s'est accompagnée de douleurs vives dans la joue et d'impossibilité de desserrer les mâchoires. Cette fluxion a duré trois semaines, et pendant ce temps, la douleur s'est accompagnée de quelques phénomènes généraux, fièvre, insomnie, etc., qui ont beaucoup fatigué la malade. Au commencement de janvier seulement, dit-elle, la tuméfaction a disparu, en grande partie du moins, mais la difficulté d'ouvrir la bouche et, avec elle, la douleur à la pression ont persisté. Il y a à peu près trois semaines, la difficulté d'ouvrir la bouche s'est changée en une véritable impossibilité; le gonflement de la joue a reparu et a bientôt atteint des proportions considérables; les douleurs, exagérées par la moindre tentative de mouvement, sont devenues intolérables, et la malade n'a plus pu se nourrir qu'avec des aliments liquides ou, du moins, semi-liquides. A son entrée à l'hôpital, le 14 février, elle présente l'état suivant: la région massétérine est le siége d'un gonflement très-considérable qui se propage à la région parotidienne qui, ainsi que la première, est rouge et tendue. Ni la région temporale, ni la sus-hyoïdienne ne participent à cette tuméfaction. De plus, la région massétérine présente un

empâtement œdémato-phlegmoneux et conserve l'empreinte du doigt tandis qu'elle offre une fluctuation bien manifeste. Cette fluctuation est-elle superficielle, est-elle profonde? On ne saurait trancher cette question immédiatement, mais la sensation est plutôt celle que procure une collection profonde. La région parotidienne participe à l'empâtement, mais point à la fluctuation. On sent bien une sorte de fausse fluctuation, mais elle est due évidemment au déplacement que le doigt fait subir au liquide infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané. Le doigt introduit dans la bouche, ne fait reconnaître qu'un simple gonflement très-notable de la joue qui vient s'appuyer, se mouler pour ainsi dire, sur les dents dont elle conserve la trace quand on l'en écarte. Quelque soin que l'on apporte à cet examen, nulle part, on ne peut voir de fistule; rien, du reste, n'autorise à soupçonner l'ouverture spontanée d'une collection purulente dans la bouche: les matières rejetées par l'expulsion, ne présentent pas de traces de pus.

La bouche ne peut être ouverte qu'avec peine, juste assez pour constater l'état des dents. Les deux dents de sagesse inférieures ont percé à la vérité, mais la droite seule est entièrement sortie. La dent de sagesse gauche est encore sous-muqueuse, la première est profondément cariée; l'altération a envahi le centre de la couronne qu'elle a presque entièrement détruit, tout en respectant à peu près complètement la circonférence. Du côté gauche, c'est l'avant-dernière molaire qui est gâtée.

La muqueuse gingivale tuméfiée, boursoufflée, remonte jusqu'au bord de la couronne; à ce niveau, elle est ulcérée et suppure à droite comme gauche. Nous avons déjà dit, qu'aucun des phénomènes ne se propageait à la région temporale. Les douleurs sont très-vives; il y a de la fièvre, surtout le soir; la malade, qui paraît forte et bien constituée, est très-affaiblie par la diète forcée qu'elle est contrainte d'observer.

Le 16 février, M. Gosselin incise la collection en traversant la joue et les tissus sous-jacents jusqu'au périoste parallèlement au bord inférieur de la mâchoire; le pus écoulé en quantité notable, l'extrémité du petit doigt sent l'os maxilaire dénudé sur une vaste étendue de la face externe de sa branche montante. Le jour même, les signes fonctionnels s'améliorent, le gonflement diminue à la région parotidienne presque aussitôt, puis, plus lentement, à la région massétérine. Les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire sont revenus dès le premier jour. Le 23, l'écoulement purulent a notablement diminué; le stylet, introduit dans le trajet fistuleux qui persiste encore, mais est fort rétréci et comme envahi par des bourgeons charnus de bon aspect, ne pénètre plus jusqu'à l'os et ne fait plus reconnaître de dénudation. Le gonflement de la joue a presque disparu, et la malade peut se servir de sa mâchoire pour manger des aliments solides. On propose à la malade

de lui extraire ses dents cariées : vu son état de grossesse très-avancée (six mois) et l'extrême répugnance qu'elle manifeste pour cette opération, on n'insiste pas outre mesure. Elle sort le 25 février en promettant de revenir à la consultation, si tout ne va pas parfaitement bien. Le 1er avril, elle n'a pas encore reparu. (Archer, *Étude sur les abcès odontopathiques compliqués de dénudation de l'os maxillaire inférieur*, Th. de Paris, 1870, p. 42, obs. II.).

Obs. XIX. — *Phlegmon de la région sus-hyoïdienne gauche, déterminé par une périostite de la canine gauche. — Incision. Extraction de la racine. — Guérison.*

Salle Sainte-Catherine, n° 15 (Charité), service de M. le professeur Gosselin.

Kahn (Rebecca), veuve Carus, entre le 14 février dans les salles. La malade est rachitique; c'est un exemple complet de presque toutes les déviations osseuses, résultant du rachitis, et que l'on peut trouver sur un même individu; aussi nous les passerons sous silence. Il y a quatorze ou quinze ans qu'elle souffre des dents; déjà elle a eu une fluxion dentaire, mais elle ne peut en préciser l'époque, ni donner des détails sur sa durée, son intensité, les différentes circonstances spéciales qu'elle a présentées. Il y a trois semaines, à la suite de douleurs de dents très-intenses, elle a constaté un certain gonflement qui a rapidement crû, et de la joue, qu'il occupait d'abord, est allé gagner la région sus-hyoïdienne à gauche. Depuis, cette tuméfaction n'a fait que croître, et au moment où nous l'interrogeons, elle nie avoir jamais remarqué un écoulement purulent par la bouche. En même temps, l'accroissement de la fièvre, le redoublement des douleurs l'ont déterminée à se présenter à l'hôpital où elle entre le 14 février 1870.

—Tuméfaction chaude, tendue grosse comme la moitié du poing environ de la région sus-hyoïdienne à gauche; la peau est d'un rouge violacé et quelque peu amincie, le gonflement se propage sur la face externe du maxillaire; à ce niveau, il y a un peu d'œdème superficiel et surtout une fluctuation très-facile à sentir. — La malade a un peu de peine à desserrer les dents; pourtant, malgré l'obstacle que cette gêne des mouvements apporte à un examen approfondi de la bouche, on peut constater que les dents de la malade sont gâtées en grand nombre, mais que parmi elles, la canine est certainement la plus malade; la racine reste seule, et avec elle une petite partie du collet; à ce niveau, la muqueuse, bousouflée, remplit l'espace qui sépare la joue de l'alvéole, au-dessus de laquelle elle proémine sous forme de fongosités; entre ces fongosités, on trouve très-bien l'orifice interne d'une fistule, par laquelle la pression fait écouler une

assez grande quantité de pus vert, crémeux. Interrogée sur l'époque à laquelle pouvait s'être ouvert ce foyer, la malade répond qu'elle n'avait jamais porté son attention sur ce point, néanmoins, elle dit avoir remarqué depuis quelques jours que ses crachats étaient plus visqueux, probablement par l'adjonction d'un peu de pus à la salive. Si l'on engage un stylet dans cet orifice, il pénètre et arrive sur la face externe du maxillaire inférieur; celui-ci est dénudé au loin. En pénétrant plus avant avec le stylet on le fait entrer dans la cavité de la poche sus-hyoïdienne où on le sent avec le doigt à travers la peau. Une suppuration rare, mais de bonne nature, s'écoule par l'orifice. — Du reste, l'état de la malade, qui est affaiblie par la fièvre et par les douleurs, est rendu plus sérieux par l'absence d'une alimentation suffisante. Le 15 février, M. Gosselin fait en avant du trajet de l'artère faciale une incision parallèle à la branche horizontale du maxillaire inférieur sur la partie la plus saillante de la tumeur de la région sus-hyoïdienne. Il se guide, pour cela, sur l'extrémité d'un stylet qu'il a introduit par la bouche. La pression déterminée sur la tumeur par les manœuvres nécessaires pour cette opération a probablement causé l'évacuation d'une grande partie de son contenu dans la bouche, car il ne reste que très-peu de pus dans cette poche qui néanmoins est considérable. Après que l'abcès a été incisé, on introduit par la plaie un stylet qui arrive sur le bord inférieur et la face interne du maxillaire inférieur, qui est dépouillé de son périoste en ces points. La conséquence immédiate de cette petite opération est une grande amélioration dans l'état de la malade. On a aussi à noter la marche curieuse de la maladie du côté de la bouche: le pus, en effet, s'écoule uniquement par l'orifice cutané; l'ouverture qui s'était spontanément faite à la muqueuse se rétrécit si bien qu'au bout de peu de jours il est impossible de la retrouver pour y introduire le stylet. Trois jours après, M. Gosselin, avec le levier dit pied-de-biche, ébranle la dent, puis il la saisit avec le davier et l'extirpe. La dent arrachée est bien manifestement la canine, ainsi que le prouve la disposition spéciale de la racine. Malgré le léger écoulement sanguin qui suit cette avulsion, la malade se sent très-soulagée, elle mange, se lève pour vaquer aux travaux de la salle, etc. Mais, le 23, il devient manifeste qu'un nouvel abcès sous-cutané s'est formé sur les côtés et au dessous du précédent. M. Gosselin l'incise comme le précédent, et il en sort beaucoup de pus. Par la nouvelle plaie, on introduit le stylet et on arrive sur le bord du maxillaire, assez largement dénudé. Le gonflement et la douleur locale diminuent, mais peu: ils paraissent devenir moins aigus, mais marquer le passage de la maladie à l'état chronique. La dénudation peut toujours être constatée, quoique la mobilité du séquestre que l'on suppose ne soit pas encore perçue. Le 28, la malade quitte l'hôpital pour le Visénet (Archer, *loco. citat*, p. 45, obs. III).

Obs. XX. — *Phlegmon gangréneux de la face et du cou, conséeutif à une périostite alvéolo-dentaire.* — *Mort* (Obs. Dr Chalvet.)

C. P...., 55 ans, maréchal-ferrant, à Etoile (Drôme), alcoolique, souffait depuis longtemps d'une carie de la dent de sagesse inférieure gauche. Sous l'influence du froid humide, une fluxion dentaire se produit accompagnée d'une tuméfaction limitée d'abord à l'angle gauche de la mâchoire. Deux jours après, une partie de la face et du cou sont envahis. La suppuration s'établit. Phénomènes généraux : fièvre, frissons, subdelirium. Le Dr Borel (de Chabeuil) est appelé à ce moment-là. La tuméfaction est considérable, aucune incision n'a été faite. Au toucher, on sent une crépitation manifeste dans une étendue de plusieurs centimètres et dans l'endroit correspondant exactement avec la dent malade. La peau est intacte, mais le tissu cellulaire est gangréné. La tumeur est débridée dans une étendue de 7 centimètres et dans le sens du maxillaire. Une seconde incision perpendiculaire à la première agrandit l'ouverture et permet de pénétrer dans toutes les parties atteintes, on tombe au milieu de détritus gangréneux à odeur fétide, d'où s'écoule un liquide noirâtre, chargé des débris de tissus gangrénés au fond, le doigt peut sentir la surface du maxillaire dénudé. Le Dr Bore fit séance tenante une énergique cautérisation au fer rouge, mais il était trop tard, et le malade mourut quelques heures après.

Obs. XXI. — *Phlegmon de la joue gauche, du cou, de la face antérieure et supérieure de l'épaule droite et de la partie supérieure de la poitrine jusqu'à la mamelle conséeutif à une périostite de la troisième molaire inférieure gauche.* — *Mort.*

M. Mazet montre la mâchoire inférieure d'un homme, âgé de 22 ans, mort à l'hôpital Necker, par suite d'une inflammation avec suppuration du col, résultant de la carie de la dent de sagesse, la gauche inférieure. Cet homme était sujet depuis longtemps à des maux de dents : il commença par éprouver de la gêne dans le cou ; la joue gauche se gonfla ; la tuméfaction augmente, gagne le cou et la face antérieure et supérieure de l'épaule droite et se prolonge à la partie supérieure de la poitrine jusqu'à la mamelle. Alors les mouvements du cou deviennent douloureux, le malade ne peut pas écarter les deux mâchoires. On lui fait une application de sangsues en petit nombre. Il entre à l'hôpital le 13. La joue gauche, le cou et la partie antérieure de la poitrine et de l'épaule droite sont très-gonflés. Il y a une fluctuation obscure à la partie antérieure et supérieure du cou ; le malade ne peut pas ouvrir

la bouche ni remuer le cou, et la fluctuation devient plus évidente : on sent des gargouillements et de la crépitation dans presque toutes les parties qui sont le siége du gonflement. Deux incisions sont alors pratiquées : l'une au-devant du creux sus-sternal, l'autre à la partie inférieure et supérieure du cou ; toutes deux donnent issue à un pus séreux, fétide et mêlé de gaz. La peau est décollée dans une grande étendue au-dessous de la mâchoire et sur la face interne des masséters. A droite, on engage une sonde de femme jusque sous le trapèze, la suppuration augmente, et le malade meurt le 20. A l'autopsie, on trouve la peau décollée dans toute la partie antérieure droite et la partie latérale gauche du cou, il y reste une grande quantité de pus. Les muscles sterno-hyoïdiens et thyro-hyoïdiens sont noirs à leur face antérieure. Le sterno-mastoïdien du côté droit et le scapulo-hyoïdien du même côté sont disséqués sur plusieurs points ; il y a du pus dans tout le triangle sus-claviculaire et jusque sous le muscle trapèze, le pus passe derrière la clavicule jusqu'au sommet de l'aisselle, la collection purulente se prolonge jusqu'à la mâchoire inférieure. Du pus s'est ramassé entre la face interne de la mâchoire et le masséter : l'alvéole de la dent de sagesse gauche est cariée (*Bulletin de la Soc. anat.* t. XII, p. 68 — 1837).

OBS. XXII. — *Méningo-céphalite consécutive à une périostite alvéolo-dentaire d'une molaire inférieure gauche.*

Le 25 janvier 1842, je fus appelé à Tarcenay, village à deux myriamètres d'Ornans, pour un sieur Etienne Groshenry, âgé de 35 à 40 ans. Il souffrait beaucoup d'un abcès gingival, probablement dû à une molaire inférieure gauche que j'otai sans difficulté et sans aucune circonstance qui pût alors attirer mon attention.

Dans l'immense majorité des cas analogues, l'avulsion de la dent gâtée suffit pour guérir l'odontalgie et l'abcès qu'elle a produit. C'est du moins ce que j'avais vu jusqu'alors et ce que j'ai toujours observé depuis.

Cette fois il n'en fut pas ainsi. Jusqu'au premier février, il resta une douleur sourde, et bientôt il survint une tuméfaction de tout le côté correspondant de la face.

Je trouve dans mes notes que j'employai successivement des cataplasmes, des applications d'eau de Goulard, des purgatifs, un vésicatoire, le calomel et la quinine, dans l'ordre où je viens d'énumérer ces remèdes. Malgré une médication fort active, le malade succomba le 12 février.

Les symptômes les plus saillants furent un œdème très-marqué de

toute la tete, ayant commencé par le côté gauche, un état typhoïde, des frissons irréguliers, du délire, etc.; enfin tous les signes d'une infection purulente. L'œdème fut très-développé; aussi pensai-je, et crois-je encore, qu'il y eut là une phlébite des plus étendues et partagée par les sinus même de la dure mère.

Il serait injuste d'attribuer l'événement à une fracture du maxillaire ou à la contusion de la gencive. Tout cela arrive chaque jour à un degré quelconque, très-prononcé quelquefois. Ce sont des accidents à peu près inévitables avec la clef dite de Garengeot, malgré toutes les modifications, et elles sont nombreuses, qu'on lui a fait subir. L'instrument dont je me servis est une belle clef de Delabarre, fabriqué par M. Charrière, premier du nom. J'avais convenablement garni le panneton avec une bandelette de linge fort propre.

J'ai eu beau réfléchir au sujet de la genèse des symptômes formidables qui se sont succédé chez Groshenry, pour tâcher d'éviter pareille catastrophe à l'avenir, je n'ai rien trouvé. Force a donc été d'en revenir à une sorte de fatalité, à une disposition particulière; ou, en d'autres termes, à confesser une complète ignorance des causes d'un tel malheur. Au surplus, il doit être bien rare; car c'est le seul dont j'ai eu connaissance pendant une pratique de vingt-six ans. Chez d'autres médecins, je n ai pas appris qu'il se fut rien passé de semblable. En un mot, l'exemple recueilli dans la *Gazette médicale* (1) forme avec le mien les deux seuls que j'ai connus. Il n'en faut pas conclure pourtant, d'après ce que je viens de dire, qu'il n'y en ait pas d'autres.

Comme je ne m'occupe d'odontotechnie qu'incidemment et par nécessité, comme ma bibliothèque, quoique assez considérable et bien choisie, ne contient presque rien sur l'art du dentiste, il se pourrait que des terminaisons pareilles à celles-ci fussent un peu moins rares qu'on ne le croit. C'est aux spécialistes à nous éclairer là-dessus; ils le feront sans doute tôt ou tard. Nous aurons toujours été utiles en appelant l'attention du monde médical sur ce point oublié. *(Méningo céphalite à la suite de l'avulsion d'une molaire de la mâchoire inférieure*, par Prosper Meynier, D. M. P. à Ornans. ***Abeille médicale***, 5 janvier 1857.)

Dans la première observation à laquelle il est fait allusion : « L'os, à l'endroit où la dent avait été arrachée, était fracturé comminutivement. Le pus avait percé le long de la mâchoire inférieure qui était dénudée; il avait contourné cet os et était monté le long de la branche du côté interne, jusqu'à la base du crâne, dans lequel il avait pénétré

(1) Voy. *Gazette médicale*, 30 août 1851, et Van Leynseele, *Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, 1855-56.

par les trous ovales, grand et petit rond, s'y était épanché et y avait déterminé une méningo-cérébrite. »

Obs. XXIII. — *Fistule cutanée au niveau du bord inférieur du maxillaire inférieure, consécutive à une périostite de la première prémolaire inférieure gauche. — Extraction. — Guérison.* (Obs. inédite, Dr Magitot.)

Mademoiselle X..., 11 ans, a commencé à souffrir de sa première prémolaire supérieure gauche, il y a un an environ. A cette époque, on lui arracha deux ou trois dents temporaires. Au mois d'août, à la suite de la dernière dent de lait arrachée, on s'aperçut d'une fluxion au bord inférieur du maxillaire, cet état de gonflement s'accompagna en même temps d'un état de contraction des mâchoires qui dura pendant dix jours environ, pendant lesquels on a eu les plus grandes difficultés à lui introduire des aliments. Les mouvements revinrent peu à peu, et bientôt la petite malade put s'alimenter. A la suite de ces faits, le gonflement, qui était assez considérable, diminua mais ne disparut pas complètement, il resta un noyau induré paraissant adhérent au bord inférieur du maxillaire, un peu aplati, de la grosseur d'une noisette environ. Le noyau persista dans le meme état, malgré les pommades, teinture d'iode, etc. Pendant ce temps, la dent qui, comme nous le verrons, était l'origine de ces accidents faisait modérément souffrir la jeune malade qui ne s'en plaignait guère. Au mois de janvier, dans le but de détruire le noyau persistant fixé au maxillaire, on passa un petit séton, fil de soie, par une ouverture faite à l'aiguille. Le fil resta quinze jours environ dans le trajet en provoquant un peu de suppuration. Au bout de quinze jours, on enleva le petit séton, et il resta deux orifices. L'un d'eux se ferma bientôt, l'autre resta ouvert et continua à donner issue à du pus, en s'entourant sur le bord de bourgeons charnus. Ceux-ci furent cautérisés au moyen de nitrate d'argent, et, en même temps, on fit des injections avec de la teinture d'iode diluée par l'orifice: le trajet fût même dilaté à l'aide du laminaria. Dans ces derniers jours, une injection de teinture d'iode faite par l'orifice externe sortit en partie par la bouche, et l'orifice interne fût vainement cherché par le médecin. Un autre médecin consulté pensa qu'il pouvait s'agir d'une fistule dentaire et l'envoya à M. Magitot. Mademoiselle X..., examinée aujourd'hui avec soin, présente l'état suivant : au-dessous du maxillaire du côté gauche, à environ deux centimètres au-dessous de son bord inférieur, à égale distance de l'angle de la mâchoire et de la symphise, existe un orifice légèrement déprimé, fermé en partie par de petites croûtes et par lequel on fait facilement sourdre une petite gouttelette de pus. Tout autour de l'orifice, la peau est d'ailleurs normale, il n'y a qu'un léger gonflement sans induration; la peau ne parait pas

adhérente au maxillaire, cependant en pressant en arrière du maxillaire, on constate que ce bord paraît épaissi, cela est probablement dû au gonflement du périoste. Il y a absence complète de douleurs spontanées, à peine un peu de douleur à la pression. Si l'on examine la bouche, on constate que la deuxième prémolaire inférieure gauche présente, au niveau de l'interstice avec la première, une carie pénétrante non douloureuse. Avec une sonde à bout très-fin, on pénètre à une grande distance dans le canal dentaire. Le diagnostic dès lors n'est plus douteux, et tous les accidents sont expliqués. L'extraction de la dent est immédiatement résolue, par ce motif que la carie présente peu de chances de guérison et qu'il y a peu d'inconvénients à enlever une dent chez un enfant de douze ans, en raison du rapprochement ultérieur des autres dents. La première molaire de lait, située en avant de la dent malade, est d'abord enlevée pour faciliter l'extraction de la suivante, dont l'enlèvement est remis au lendemain. Le lendemain, la dent est arrachée sans difficultés et elle présente l'état suivant : il existe une carie pénétrante au fond de laquelle on aperçoit le canal dentaire plus large qu'à l'état normal. Le sommet des deux racines de la dent est détruit dans l'étendue de quatre ou cinq millimètres, mais la racine antérieure est en outre creusée d'un véritable canal de dimensions considérables, de sorte que la racine est réduite à une coque osseuse. Il s'est évidemment produit un travail lent de résorption ayant amené ce large canal, qui a continué ainsi avec le fond de la carie. C'est évidemment par là que passait l'injection iodée faite par l'orifice cutané. Aujourd'hui 28 mars, tous les accidents ont disparu et il ne reste qu'une partie déprimée.

Obs. XXIV. — *Fistule cutanée de la joue, consécutive à une périostit de la dent de sagesse. — Extraction. — Guérison.* (Obs. inéd. et personnelle.)

Mademoiselle C..., 32 ans. Un peu lymphathique, mais d'une bonn santé habituelle (7 novembre 1874).

A eu depuis deux ou trois ans, cinq ou six fluxions à la mâchoire inférieure droite, mais peu douloureuses, peu volumineuses, se passant au bout de quelques jours, par résolution. Il y a deux mois, fluxion plus volumineuse occupant toute la joue et une partie de la région cervicale postérieure. Cette fluxion se termine par une ouverture spontanée au niveau du bord inférieur du maxillaire, à peu près à égale distance de l'angle et du menton. Les phénomènes inflammatoires s'amendant à partir de ce moment, le gonflement disparait peu à peu, mais il reste une ouverture fistuleuse par laquelle il se fait un écoulemen constan peu abondant de pus sanguinolent. Après l'inspection de la bouche, le

médecin de la malade engage sa cliente à se faire enlever les débris de sa première grosse molaire inférieure droite, cariée depuis l'âge de seize ou dix-sept ans et dont il ne reste plus que les racines. Cette opération n'amenant aucun changement dans l'état de la malade, son médecin lui conseille de consulter M. Magitot. Interrogée sur ses antécédents, la malade nous donne les renseignements ci-dessus mentionnés, mais nous trouvons une carie du troisième degré avec destruction de la pulpe à la dent de sagesse inférieure droite ; la couronne est en grande partie détruite. Cette dent a fait son éruption à l'âge de dix-huit ans, sans occasionner ni douleurs, ni accidents. Les altérations profondes dont elle est le siége se sont même produites sans faire beaucoup souffrir la malade. Un stylet introduit par l'orifice fistuleux pénètre à une profondeur de trois centimètres et demi, obliquement d'arrière en avant, dans la direction de la dent de sagesse. Cet examen permet d'affirmer que la dent de sagesse est l'origine de la fistule et de promettre sa guérison à la malade après l'extraction. Cette opération, immédiatement pratiquée à l'aide de la langue de carpe, nous permet de constater l'exactitude du diagnostic. Le sommet de la racine aminci, rugueux, d'un blanc mat, est dénudé sur un une étendue de deux millimètres environ. Toute la surface de la racine est couverte de végétations molles, fongueuses, parcourues d'arborisations vasculaires très-riches. Quelques semaines plus tard, nous avons revu Mademoiselle C..., l'orifice de la fistule était fermé.

Obs. XXV. — *Fistule cutanée au-dessous de l'arcade orbitaire, déterminée par une nécrose du maxillaire, consécutive à une périostite de la première grosse molaire supérieure droite.* — (Obs. inédite, Dr Magitot.)

Louise R..., modiste, bonne constitution, a toujours joui d'une bonne santé. Au mois de juin 1874, elle fut prise d'un violent mal de dents. qui fut suivi d'un abcès gingival siégeant sur la face interne et à l'extrémité droite de la mâchoire supérieure. Cet abcès, ouvert au bistouri, donna issue à une cuillerée de pus. L'état inflammatoire s'amenda peu à peu, sans disparaître toutefois complètement et les douleurs cessèrent Un peu d'empâtement, une légère augmentation de volume, une sensation anormale de chaleur persistèrent dans la joue. L'ouverture fut le siége, pendant une vingtaine de jours, d'un suintement sanieux et fétide. On fit par elle quelques injections astringentes qui en déterminèrent l'occlusion. Celle-ci était effectuée depuis une dizaine de jours à peine, lorsque, au mois de juillet, toute la joue droite fut envahie par un vaste phlegmon à marche rapide. Traité par les émollients, celui-ci finit par s'ouvrir au dehors à deux centimètres au-dessous de l'arcade dentaire

et laissa couler une certaine quantité de pus, évaluée à deux cuillerées. Le gonflement de la joue disparut rapidement, ainsi que la douleur. Mais l'ouverture du phlegmon ne se fermait pas; elle était constamment humide et donnait quelquefois passage à une ou deux gouttes de pus, lorsqu'on pressait la joue de bas en haut. Tous les quinze ou vingt jours, survenait une légère et indolente fluxion qui ne durait pas plus de trente oû quarante heures. Mademoiselle R... patienta dans cette situation jusqu'au mois de septembre 1874, époque à laquelle elle alla consulter le docteur P... Ce chirurgien fit une ouverture au fond du vestibule de la bouche, au niveau de la deuxième grosse molaire, sur la même ligne verticale que l'ouverture externe, et plaça un tube à drainage réunissant les deux orifices. Tous les matins, on faisait par l'extrémité externe du tube des injections à la teinture d'iode. Ce traitement fut continué jusqu'au mois d'avril et n'amena aucune amélioration dans l'état de la malade. L'orifice cutané ne se fermait pas, il était toujours humide ; au niveau, la peau était déprimée et adhérente. Par l'orifice interne s'effectuait toujours un suintement sanieux d'une odeur et d'un goût très-désagréable. Au mois de mai 1875, mademoiselle R... passa entre les mains d'un nouveau médecin; celui-ci, croyant sa cliente sous l'influence de la scrofule, institua un traitement général : huile de foie de morue, fer, vin de quinquina, etc., et conseilla le séjour à la campagne. Au mois d'août, mademoiselle R... partit pour le Hâvre, où elle resta quatre mois. Pendant tout ce temps, l'état de la joue ne subit aucun changement. Tous les mois, une ou deux fluxions revenaient avec les caractères que nous avons déjà vus plus haut. Le suintement par les deux orifices persistait. Au mois de décembre 1876, elle revint à Paris, et, tout en continuant son traitement interne elle, se remet aux injections astringentes par l'orifice externe. Celui-ci se ferme rapidement. Le 22 janvier, la malade nous est présentée. Voici ce que nous constatons: à la mâchoire inférieure plusieurs dents sont en mauvais état. De chaque côté, il y a deux dents cariées dont il ne reste plus que les racines et quelques morceaux de couronne. Toutefois aucune douleur. En haut, du côté gauche, nous trouvons aussi deux dents cariées occasionnant de temps à autre quelques douleurs propagées et peu intenses. Du côté droit, manquent la deuxième prémolaire et la deuxième grosse molaire. La première grosse molaire nous offre une coloration noirâtre et une carie pénétrante. Elle est indolente. Au-dessus d'elle, la muqueuse est épaissie et présente un orifice large comme une plume d'oie. Un stylet introduit par cet orifice nous conduit sur le maxillaire supérieur dont nous constatons ainsi la rugosité et le peu de consistance. En touchant avec le doigt, on sent comme un cordon partant de la muqueuse gingivale qui recouvre la première grosse molaire et montant verticalement en haut, dans la direction du stylet. M. Magitot

en présence de ces faits, diagnostique une ostéite suivie de nécrose du maxillaire supérieur causée par la première grosse molaire. Il s'appuie, pour porter ce diagnostic, sur la carie et la couleur noirâtre de cette dent qui nous présentera probablement une altération de ses racines. Extraction. Les trois racines sont rugueuses et portent des lambeaux de périoste hyperthrophié. Le cément paraît également hyperthrophié.

Obs. XXVI. — *Fistule cutanée du voisinage de l'aile du nez, datant de trois années, consécutive à une périostite chronique de la racine de la canine supérieure droite. — Extraction. — Guérison au bout de cinq jours.* (Obs. inédite, Dr Magitot.)

X..., soldat, en garnison à Constantine (Algérie), fut pris, au printemps de 1861, d'un gonflement considérable de la joue au voisinage de l'aile du nez et au-dessous de l'orbite du côté droit. Ce gonflement s'accompagna de divers phénomènes généraux qui nécessitèrent l'entrée du malade à l'hôpital militaire. Là, on lui ouvrit sur la joue un abcès volumineux, dont l'ouverture resta fistuleuse après la cessation de la période inflammatoire aiguë, fournissant constamment une notable quantité de pus. Afin de faire cesser cet état qui subsistait sans modification, on conseilla au malade de consentir à une opération qui devait consister dans l'ablation d'une partie du maxillaire supérieur qu'on supposait atteint de nécrose. X... ne consentit pas à cette opération et rentra à son régiment où il passa ainsi trois ans sans que son état subît la moindre modification. Au bout de ce temps enfin, il sollicita et obtint d'être réformé du service militaire afin de venir en France se faire opérer. Il vint à cet effet à Paris et entra à l'hôpital des Cliniques dans le service de M. Nélaton, suppléé alors par le Dr Houel, le 15 mai 1865. Quelques jours après son entrée et avant de se décider à tenter la résection d'un fragment du maxillaire, le chef de service, soupçonnant quelque participation d'une altération du système dentaire, nous fit prier de passer à l'hôpital. Nous constatons l'état suivant : sur la face, au niveau de la fosse canine, au voisinage de l'aile du nez, on constate un orifice fistuleux entouré de bourgeons et de fongosités rougeâtres et saignantes. Une tuméfaction légère et assez dure entoure l'orifice. Un stylet introduit dans le pertuis pénètre directement en arrière et aboutit, après un trajet de 1 centimètre et demi environ à un corps dur, rugueux, dont le niveau correspond assez exactement à la racine de la dent canine correspondante. L'exploration de la bouche montre les plus grands désordres, les incisives sont cariées à différents degrés, ainsi que les petites molaires et un grand nombre d'autres dents. La canine est réduite à l'état de racine excavée en entonnoir, très-friable,

ne présentant d'ailleurs ni ébranlement, ni altération gingivale quelconque. La situation et le trajet de la fistule d'une part ; d'autre part, l'état d'altération de la canine me permettent d'établir nettement le diagnostic suivant : périostite chronique du sommet de la racine de la canine, fistule consécutive persistante. Nous proposons l'ablation de la racine, elle est immédiatement consentie et pratiquée séance tenante. Après l'opération, nous introduisons par la fistule un stylet fin qui, sans la moindre difficulté, pénètre dans l'alvéole devenue libre et se voit dans la bouche. Au bout de six jours, le 21 mai, le malade sort complètement guéri et la fistule fermée.

Obs. XXVII. — *Fistules cutanées multiples* (2) *de la joue, consécutives à une périostite de la dent de sagesse inférieure gauche* (Obs. inédite Dr Magitot.)

11 juillet 1867. — Mlle X..., 25 ans, belle constitution n'avait jamais souffert des dents. La dentition est excellente, sauf une exception pour la dent dont il va être question. Il y a un mois, elle ressentit à la dent de sagesse supérieure gauche, depuis longtemps cariée, mais jamais douloureuse, une sensation d'allongement subit avec douleur à la rencontre des arcades dentaires. A la fin de la journée, une fluxion se déclara qui grossit rapidement et atteignit en quinze jours le volume du poing. A ce moment, une ouverture spontanée se fit dans la bouche, qui réduisit le volume de la tumeur d'environ moitié, néanmoins la tuméfaction persista accompagnée de rétraction de mâchoires et de gêne considérable des fonctions de la bouche. Quelques jours après l'ouverture de l'abcès buccal, il se produisit au milieu de la tumeur cutanée et vers l'angle de la mâchoire une ouverture qui donna issue à un demi verre de pus environ. Deux jours après cette ouverture cutanée, il s'en produisit une nouvelle, cette fois située plus haut, à deux centimètres au-dessous du lobule de l'oreille environ, elle donna une légère quantité de pus mêlé de sang. — *Etat actuel* : Gonflement avec nodosités rougeâtres de la joue ; la peau est lisse, tendue, parcheminée ; le gonflement a le volume de la moitié du poing. Les ouvertures sont oblitérées depuis environ huit jours. La rétraction des mâchoires est considérable, d'ailleurs pas de douleurs, seulement de la gêne ; la dent de sagesse inférieure gauche présente une carie pénétrante avec disparition de la pulpe, pas d'ébranlement, coloration bleue de la couronne, etc. Diagnostic : carie pénétrante, périostite alvéolo-dentaire consécutive ayant déterminé les accidents inflammatoires de voisinage dont nous venons de parler. L'extraction est pratiquée immédiatement. L'altération observée, assez légère, se borne à un petit point de périostite chronique avec injection et épaississement du périoste dans une étendue de quelques millimètrs de surface au voisinage et en dehors du

sommet des racines. Ce sommet est rugueux, tronqué en voie de résorption. La pulpe a disparu complétement.

Obs. XXVIII. — *Fistules cutanées multiples* (12) *suite de périostites chroniques. — Tuméfaction de tout le côté droit, depuis le sommet de la tête jusqu'à la clavicule. — Guérison.* (Dr Roux de Meximieux).

Jean Goyet, propriétaire aux Gaboraux, âgé de 26 ans, entra dans notre hôpital le 5 août 1847. Il avait tout le côté droit de la tête et du cou, depuis le sinciput jusqu'à la clavicule, énormément tuméfié, et formant, sur la tempe et les pommettes, un relief qui dépassait de cinq centimètres le niveau ordinaire de la face. Les parties molles envahies par cette vaste inflammation chronique étaient dures, comme squirrheuses, sans fluctuation aucune, et présentaient douze plaies correspondant à autant d'abcès qui avaient été percés par la lancette ou qui s'étaient ouverts spontanément.

De ces plaies, trois occupaient le cuir chevelu, trois la tempe, une la région sous-orbitraire, trois le milieu de la joue, et deux la région sous-claviculaire ; quelques-unes étaient petites et affectaient par leur forme une ressemblance frappante avec les ouvertures des fistules du périnée; d'autres, celles surtout qui siégeaient sous la clavicule, étaient plus larges et simulaient des ulcères scrofuleux; toutes fournissaient une suppuration assez abondante et, réunies à la tuméfaction et à la coloration violacée des tissus, elles donnaient à la figure de ce malheureux jeune homme un aspect repoussant.

L'état général n'était pas moins grave que l'état local ; le reserrement extrême des mâchoires rendant l'introduction des aliments difficile et douloureuse et la mastication impossible, le malade était épuisé à la fois par l'inanition et les souffrances; le découragement s'était emparé de lui, il désespérait de la guérison, et ce ne fut qu'avec beaucoup de peine qu'il put répondre à mes questions, attendu qu'il était réduit à ne parler que des lèvres et de la langue, dont les mouvements mêmes étaient gênés par le manque d'espace. Il nous dit que sa maladie datait de quatre mois, qu'il avait du côté droit, en haut et en bas, plusieurs dents cariées dont il avait beaucoup souffert au début, mais dont il ne souffrait plus depuis longtemps.

Quel diagnostic fallait-il porter? S'agissait-il ici, comme on l'avait cru, ainsi que me l'affirmait le malade, d'une affection cancéreuse ou scrofuleuse? La rareté du cancer à cet âge, et d'autre part la vigoureuse constitution de ce jeune homme, qui, jusqu'à cette époque, avait joui d'une santé parfaite, qui appartenait d'ailleurs à une famille saine et n'avait jamais été exposé aux causes occasionnelles de la scrofule, écartaient ces deux suppositions. C'était plus vraisemblablement à la

présence des dents cariées dont le malade nous avait parlé qu'il convenait d'attribuer la cause des désordres dont je viens de tracer le tableau; mais, si le diagnostic me paraissait certain, l'application du traitement était loin d'être facile. Comment, en effet, extraire des dents molaires chez un sujet dont l'écartement intermaxillaire mesurait à peine un centimètre?

Pendant les trois premiers jours de son entrée à l'hôpital, je travaillai à agrandir cet écartement en insérant entre les canines inférieures et supérieures de chaque côté des petits coins en bois renouvelés toutes les trois heures et progressivement augmentés de volume. Arrivé ainsi à ajouter deux centimètres à celui qui existait déjà, je parvins, après plusieurs tentatives pénibles, à placer un crochet de la clef de Maury sur la première petite molaire inférieure, dont je fis l'extraction; cette dent n'avait aucun mal, mais le vide qu'elle laissa me permit de saisir et d'arracher la deuxième petite molaire, dont je constatai avec satisfaction que la couronne était altérée et que la racine exhalait la fétidité caractéristique. Dès le lendemain, la bouche s'ouvrit un peu mieux : le 11 août, après un repos de quarante-huit heures, je pus extraire les deux grosses molaires, que je trouvais également cariées; le 13, passant à la mâchoire supérieure, j'enlevai les deux grosses molaires correspondantes, et, à dater de ce moment, il y eut une amélioration progressive et rapide : les mâchoires s'écartèrent chaque jour de plus en plus, les mouvements de l'articulation furent de moins en moins douloureux, la suppuration diminua, puis cessa tout-à-fait, les plaies se fermèrent et la résolution de cette énorme inflammation de tous les tissus de la face et de la tête fut complète le 1er octobre suivant, quarante-sept jours après les dernières opérations. Il n'est resté à Goyet que douze cicatrices adhérentes, traces indélébiles de la redoutable maladie qui avait sérieusement compromis sa vie. (*Bull. de thérapeutique*, 1872, t. LXXXIII, p. 121.)

Obs. XXIX. — *Necrose de la branche horizontale du maxillaire inférieur consécutive à une periostite de la deuxième grosse molaire inférieure droite — Ablation du séquestre par une opération. — Guérison.* (Recueillie dans le service de M. le professeur Verneuil à l'hôpital de Lariboisière.)

3 octobre 1866. Le nommé P..., âgé de 38 ans, n'avait jamais souffert de la bouche, lorsqu'il y a un mois et demi. une douleur vive se manifesta dans la deuxième grosse molaire inférieure droite, profondément cariée depuis longtemps, mais restée indolente jusqu'à ce jour. La crise douloureuse s'accompagna de douleurs à la pression, d'impossibilité de la mastication du côté correspondant et d'un allongement

manifeste de la dent. Trois ou quatre jours après le début de ces accidents, apparut une fluxion avec contracture des mâchoires. La fluxion, abandonnée à elle-même, aboutit, après cinq ou six jours de durée, à un abcès qui s'ouvre spontanément au dehors. En même temps, le malade remarqua qu'une certaine quantité de pus s'écoulait par la bouche, sortant de la mâchoire au voisinage de la dent primitivement affectée, dont l'ébranlement et le soulèvement s'étaient considérablement accrus. Vers la même époque, la dent tomba spontanément, rejetée par la suppuration, mais toutefois les accidents ne furent point suspendus, et de nouvelles ouvertures se produisirent à l'extérieur au voisinage de la première. Actuellement, après un mois et demi de cet état, le malade, profondément amaigri par l'abondance de la suppuration, présente la région maxillaire perforée de cinq ouvertures fistuleuses. La bouche, qui peut plus aisément s'ouvrir, permet de constater que toute la portion de la branche horizontale comprise à droite entre la canine et l'angle est mobile au milieu de parties molles et baignant dans le pus qui sort de tous côtés. Opération : au moyen d'une incision d'environ douze centimètres de longueur, parallèle au bord inférieur du maxillaire et passant au milieu des tissus malades et perforés, on pratique, à l'aide d'un davier droit, l'ablation de séquestres qui comprennent l'étendue indiquée entre la canine restée étrangère à l'affection et la base de la branche montante. Quatre dents sont en même temps retirées par la même voie : les deux prémolaires, la première grosse molaire et la dent de sagesse. Toutes ces dents sont saines. Les suites de l'opération sont simples, le malade sort de l'hôpital au bout d'un mois.

Obs. XXX. — *Nécrose du maxillaire inférieur dans toute sa hauteur et sur une longueur de 11 centimètres consécutive à une périostite alvéolo-dentaire. — Elimination du séquestre. — Formation d'os nouveau. — Guérison.*

La femme G .., âgée de 35 ans, couturière, mariée depuis treize ans, mère de cinq enfants, a vu sa santé s'altérer sous l'influence de ses grossesses, de l'allaitement, de la misère la plus profonde, des scènes de violence d'un mari ivrogne, et dernièrement du chagrin occasionné par la perte d'un enfant de trois ans, mort l'été dernier (1869) d'une méningite par insolation.

Elle est devenue sujette à des douleurs d'estomac et à des crises nerveuses. Il y a quatre ans, lors de sa dernière grossesse, elle a eu des névralgies dentaires qui ont été calmées avec des sangsues, du sulfate de quinine et de l'opium. Pendant le cours de sa dernière grossesse, au septième mois (décembre 1868), elle a été reprise de douleurs dans la mâchoire inférieure du côté droit avec fluxion. Il a été fait

plusieurs piqûres sans rencontrer d'abcès; plusieurs dents ont été enlevées.

Les douleurs et le gonflement ont persisté, ne laissant à cette malheureuse ni repos, ni moyen de se nourrir. Elle était arrivée au moment de son accouchement (8 février 1870), à un état d'épuisement extrêmement inquiétant. Néanmoins elle accoucha heureusement.

A cette epoque, les alvéoles faisaient saillie au-dessus des gencives. La nécrose était certaine; on pouvait même, grâce à une certaine mobilité, en fixer les limites à droite et à gauche, mais il n'était pas possible de déterminer si elle occupait toute la hauteur de l'os.

J'ai cessé de voir cette malade, jusqu'au jour où le maxillaire inférieur, émergeant entre les gencives dans toute sa hauteur et dans une longueur de onze centimètres, est venu former comme un baillon au-dessus de la bouche (27 mai 1870).

Il a suffi d'un léger effort avec les doigts pour le détacher; il s'est a peine écoulé quelques gouttes de sang.

Sous le séquestre éliminé, un os s'était reproduit de manière à conserver la forme des joues et à permettre à la pauvre femme de parler de conserver sa salive.

Cet os a moins de hauteur que l'os ancien; il est complètement recouvert par les gencives; la seule partie qui n'y soit pas adhérente est le rebord festonné qui séparait la base du séquestre au moment de sa chute.

Cette femme ne peut manger que des potages. On ne peut guère espérer que la nouvelle mâchoire acquière une consistance suffisante pour mâcher. Les dents qui restent aux deux mâchoires, en se touchant, laissent nécessairement un vide le long de l'os nouveau.

Aujourd'hui, la femme G... se trouve débarrassée d'un corps étranger qui répandait une odeur infecte. Elle est si heureuse, qu'elle croit à peine à sa guérison. Elle avoue qu'au milieu de ses horribles souffrances, la pensée de ses enfants l'a seule empêchée de se laisser mourir de faim. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 2e série, t. II, p. 194, 1870. Dr Cousturier.)

Obs. XXXI. — *Nécrose du maxillaire inférieur, consécutive à une périostite alvéolo-dentaire de la deuxième molaire inférieure droite. — Guérison.* (Obs. inédite et personnelle.)

Femme, 40 ans, bonne constitution, Début en décembre 1873, par une douleur sourde au niveau de la deuxième molaire inférieure droite qui est cariée. Cette dent devient sensible à la pression et à la rencontre des arcades dentaires, puis, au bout de deux ou trois jours, il se déclare une fluxion prise pour un érysipèle. Contracture des mâchoires. Dans les

premiers jours de janvier 1874, abcès ouvert dans la bouche. Suppuration abondante (approximativement un verre à bordeaux par vingt-quatre heures).. Persistance de la contracture. Même état pendant trois semaines. Traitement: irrigations. Vers le mois de mars, la bouche peut s'ouvrir un peu et permettre l'exploration ; alors les trois molaires étaient ébranlées, soulevées ; les deux dernières sont d'abord extraites, puis la première à un intervalle de huit jours. Aucune amélioration; la suppuration continue aussi bien au fond de la bouche qu'en avant au niveau de la canine inférieure droite, où une fistule s'était ouverte. Toutefois, jamais les accidents ni les douleurs n'ont dépassé la ligne médiane. Un traitement interne par l'iodure de potassium et cinq débridements ne donnent aucun résultat. État stationnaire. — *État actuel* (1er avril): Gonflement de toute la joue, la bouche s'ouvre assez aisément. A l'examen, toute la région des molaires extraites présente des orifices, au nombre de quatre ou cinq, par lesquels le pus s'écoule, un plus clair et séreux. Le stylet pénètre jusqu'à la branche horizontale dénudée dans toute son étendue. Par un orifice situé vers la partie la plus reculée de la région, on pénètre jusqu'à la partie inférieure et même un peu au-dessous de la branche montante. Toutes ces parties dénudées sont mobiles. Un de ces orifices, lors de la dernière extraction, avait déjà donné issue à un séquestre d'un centimètre et demi. L'orifice antérieur, au niveau de la canine, laisse pénétrer le stylet au-delà de la racine et rencontre des parties osseuses dénudées et légèrement mobiles. Toutefois, il est impossible par ce trajet de rejoindre le foyer principal de la maladie, le trajet de communication s'étant sans doute oblitéré. Les dents canine et prémolaires ne présentent qu'une légère mobilité. Les symptômes consistent surtout en une sensation sourde, continuelle, dans toute la région maxillaire. Pas d'accidents généraux. — *Traitement:* incision longitudinale réunissant les orifices fistuleux multiples. Par cette ouverture, on reconnaît une nécrose de toute la longueur du maxillaire jusqu'à la branche montante. Pansement avec une mèche de coton, pour maintenir écartés les bords de l'incision. Cette application est renouvelée pendant quatre ou cinq jours, au bout desquels une série de séquestres, au nombre de six environ, est successivement enlevée. La plaie est ensuite abandonnée à elle-même. Vers le milieu de mai, un débridement au niveau de l'orifice antérieur permet de reconnaître la présence d'un séquestre mobile au-dessous et en arrière de la racine de la canine. La section du sommet de la racine de la canine permet l'ablation d'un séquestre du volume d'un petit haricot. A partir de ce moment, diminution progressive des accidents. Au mois de juin, la malade est complètement guérie. La canine conserve une très-légère mobilité compatible avec ses fonctions. Il reste, au niveau de la section de la racine, un petit orifice, mais ne donnant issue

à aucun liquide. Toute la région du maxillaire nécrosée a subi un affaissement du bord alvéolaire et une très-légère torsion en dehors.

Obs. XXXII. — *Nécrose partielle du maxillaire supérieur, consecutive à une pulpo-périostite de l'incisive latérale supérieure gauche. — Guérison.* (Obs. inédite et personnelle.)

Juin 1873.—M. R...., 17 ans, a eu, il y a sept mois, une carie de l'incisive latérale supérieure gauche pour laquelle on lui a fait une aurification. Cette opération a été très-douloureuse, et la dent est restée à la suite très-sensible aux températures extrêmes. Un mois plus tard, les symptômes acquièrent de nouveaux caractères, la dent devient sensible à la pression, paraît s'allonger et est un peu mobile. Bientôt phlegmon de la gencive, puis nécrose de la face antérieure du maxillaire supérieur dans toute la partie située au-devant de l'incisive latérale et de la canine et depuis le bord alvéolaire jusqu'au-delà des racines. La canine et l'incisive latérale sont extrêmement mobiles. Cette face antérieure du maxillaire est complètement éliminée sous forme de séquestres plus ou moins volumineux et, le 11 décembre 1873, le malade peut être considéré comme guéri de sa nécrose. Il ne reste plus que deux petits trajets fistuleux sans aucun écoulement de pus. Les deux dents sont devenues presque immobiles, plus de douleurs. — Application d'acide chromique au niveau des pertuis fistuleux.

20 décembre. Les deux dents sont immobiles, aucune douleur, les deux pertuis fistuleux sont tout petits. Nouvelle application d'acide chromique.

Nous n'avons pas examiné le malade depuis, mais son père, que nous avons revu souvent, nous a assuré que la guérison était complète et que les dents avaient entièrement recouvré leur usage.

Obs. XXXIII. — *Nécrose partielle du maxillaire supérieur consécutive à une périostite alvéolo-dentaire des incisives médianes supérieures.* (Obs. inédite et personnelle.)

R..., étudiant en médecine, a de tout temps souffert des dents, seulement les douleurs étaient limitées aux molaires.

En 1858, les deux incisives médianes commencèrent à être envahies par la carie sans être autrement douloureuses qu'à l'action de l'air et des boissons froides. Pendant près de trois ans, il lui fut impossible de boire les liquides froids autrement que par petites gorgées pour éviter le contact des dents.

Le dentiste qui le soignait les cautérisa avec de l'acide nitrique et les

plomba. Malgré cela, elles restèrent douloureuses à l'action du froid et la carie faisait toujours des progrès.

Au moins de juin 1861, il fut pris un matin de violentes douleurs siégeant dans la première incisive droite, qui devint si sensible qu'il put à peine manger et boire pendant toute la journée. Le frottement seul de la langue contre la dent produisait une douleur intolérable. Il alla alors chez le dentiste qui cautérisa cette fois les deux incisives, au fer rouge et les plomba. Le soir même, plus aucune douleur soit au contact de l'air, soit en buvant les liquides froids.

Il resta dans cet état pendant tout le reste de l'année 1861 et la plus grande partie de 1862. Mais au mois de décembre de cette année-là, il fut pris subitement de violentes douleurs dans ces dents qui le faisaient souffrir chaque fois que la langue touchait leur face postérieure, mais n'étaient cependant pas sensibles à l'air ou aux liquides froids. Cette douleur ne dura que deux jours, et R... eut une fluxion terminée par un abcès ouvert spontanément, du volume d'un gros pois, situé à l'union de la gencive avec la lèvre supérieure.

Pendant toute l'année 1863 et 1864, il ne souffrit aucunement. Au mois de décembre 1865, nouvel abcès situé à la même région. Et pendant trois années consécutives, 1866, 1867 et 1868, au mois de décembre une fluxion qui se terminait par un abcès siégeant au même endroit mais qui déprimait également la voûte palatine. Les années 1869 et 1870 se passèrent sans accident, mais au mois, de décembre 1871, nouvel abcès siégeant à la même région qui guérit au bout de trois jours. Le malade put alors constater à la voute palatine, sur la ligne médiane une petite tumeur dépressible, du volume d'un gros pois, douloureuse à la pression et animée de battements isochrones à ceux du pouls. R... pensa à un anévrysme et, sur les conseils du Dr Reliquet, vint voir le Dr Magitot qui diagnostiqua un épanchement de sérosité sous le périoste et engagea R... à ne pas s'en préoccuper, mais à revenir le voir si la tumeur devenait douloureuse ou augmentait de volume. Cette tumeur ne causait aucune douleur. Au mois de janvier 1867, nouvelles douleurs de dents généralisées dans toute la mâchoire supérieure: sensibilité à l'air et aux aliments liquides froids. Au bout de deux ou trois jours, la tumeur de la voûte palatine augmenta de volume et devint douloureuse. Dans un mouvement de mastication, la langue vint presser contre elle et elle donna issue à du pus qui semblait sortir de chaque côté des alvéoles des incisives médianes. Pendant près d'un mois et demi, cette tumeur s'affaissait et se reproduisait, quand le malade s'aperçut d'un petit abcès situé à la face antérieure de la gencive supérieure au-dessus de l'incisive médiane droite. En pressant avec la langue sur la tumeur, le pus sortait par cet abcès en grande abondance, en même temps que la tumeur s'affaissait notablement. R...

pensa alors à une perforation du maxillaire et il put en effet faire facilement pénétrer un stylet à travers le bord alvéolaire du maxillaire supérieur et le stylet vint buter contre la paroi antérieure de la poche située à la voûte palaline. Le Dr Magitot oblitéra l'orifice antérieur avec un tampon d'ouate et, quand la tumeur palatine fut suffisamment distendue, il la ponctionna. Il en sortit du pus et, en explorant la voûte palatine, on constata une large cavité dans le maxillaire supérieure dont une portion était nécrosée. Pendant trois mois, on chercha à modifier la face interne de la tumeur avec de la teinture d'iode, et depuis lors le malade n'a souffert que par intervalles. Parfois la pression de la langue donne issue à de la sérosité sanguinolente. Vers la fin d'avril 1874, l'incisive centrale supérieure droite s'étant brisée accidentellement au niveau des gencives, l'extraction est pratiquée. A ce moment, l'orifice antérieur de l'abcès est fermé, mais il reste un trajet fistuleux à la voûte palatine, la muqueuse est encore décollée sur une grande étendue, et le stylet rencontre une surface osseuse, dénudée, rugueuse.

Obs. XXXIV. — *Ulcération de l'artère dentaire consécutive à une nécrose du maxillaire inférieur déterminée par une périostite de la deuxième grosse molaire inférieure gauche. — Mort.*

M. Henry montre la moitié gauche du maxillaire inférieur d'une jeune fille de dix-neuf ans, morte dans le service de M. Nélaton. Au milieu d'un excellent état de santé, elle se fit arracher la deuxième grosse molaire gauche pour une carie dentaire qui la faisait considérablement souffrir. Il se forma une fluxion qui augmenta rapidement; puis survinrent des frissons, de la fièvre et, au bout de neuf jours, elle entra dans les salles de la Clinique (27 septembre 1855). Gonflement de la joue gauche, mais surtout de la région correspondante à la branche de la mâchoire; une incision oblique en bas et en arrière profonde de 4 centimètres. donne issue à une petite quantité de pus et permet de sentir avec le stylet l'os maxillaire à nu. On avait manifestement affaire à un abcès sous-périostal, et l'ouverture est suivie d'une grande amélioration. On pratique des injections iodées, la fistule succédant à l'incision tarde à se refermer. Tout-à-coup la suppuration se tarit; des frissons surviennent, état adynamique; double épanchement thoracique; ictère avec douleur dans l'hypochondre droit et dans la nuit qui précède la mort (30 septembre) hématémèse extrêmement abondante de sang rutilant qui fut traitée par la glace, des sinapismes aux jambes et qui persista jusqu'à la fin.

A l'autopsie, on chercha à vérifier s'il y a déchirure de quelques

vaisseaux, comme M. Nélaton est porté à le penser. Une injection d'eau poussée dans la carotide ressort par la plaie, et, en disséquant avec soin le foyer, on voit que c'est par l'artère dentaire que l'eau s'échappe. En effet, les parois de cette artère ont été détruites à la partie postérieure sous l'influence de la nécrose.

Sur la branche du maxillaire, on voit les caractères d'une ostéite plastique. L'apophyse coronoïde est détachée du muscle temporal, l'articulation temporo-maxilaire remplie de pus. La nécrose s'arrête en avant au niveau de la dent extraite. Suivant M. Nélaton, il est probable que l'altération de l'os a précédé la carie dentaire.

Abcès métastatique dans les poumons, la rate et le foie : caillots sanguins dans l'estomac, calcul volumineux dans la vésicule biliaire.

. . . .

M. Bouchet. — M. Velpeau attache une grande importance aux caries dentaires, qui donnent lieu, suivant lui, tantôt à des engorgements ganglionnaires, tantôt à des affections du périoste. Dans ce dernier cas, un foyer se forme entre cette membrane et l'os et, presque fatalement il se fait une nécrose. Dans le cas actuel, il est donc probable que la carie dentaire a été non le résultat mais le point de départ des accidents. (Extrait des procès-verbaux des séances de la société anatomique, t. XXX, 1855, p. 450.)

Obs. XXXV. — *Ulcération de la carotide interne, consécutive à une nécrose du maxillaire inférieur déterminée par une périostite de la deuxième grosse molaire inférieure droite.*

Le nommé François M..., âgé de soixante-un ans, entré, le 7 février 1864, dans le service du Dr Demarquay pour se faire enlever une tumeur de la région retromaxillaire.

Comme antécédents, ce malade ne présente aucune affection héréditaire, syphilis, scrofule, cancer. Il n'a jamais fait de maladies graves, pas d'excès alcooliques. Toutefois il accuse qu'il a toujours beaucoup souffert des dents, surtout du côte droit, et notamment il y a six mois. C'est de cette époque aussi, que date l'apparition de sa tumeur. Il éprouva à ce moment de fortes douleurs nevralgiques dans la mâchoire inférieure : en même temps, apparut, au niveau de l'angle de la mâchoire, une petite tuméfaction molle et fluctuante. Depuis le 1er décembre 1873, la tumeur est devenue de plus en plus volumineuse, ce qui a poussé le malade à aller consulter un médecin. Il y a deux mois, le Dr Abeille lui ponctionna deux fois la tumeur et en retira, au dire de F. M...., deux demi-verres d'un liquide jaunâtre, couleur café au lait. On lui fit deux nouvelles ponctions quinze jours plus tard.

Il y a un mois environ, pendant la nuit, la tumeur s'ouvrit dans la bouche, et le malade rendit une grande quantité de pus semblable à celui retiré par les ponctions. Depuis, la tumeur a beaucoup diminué, mais la suppuration, qui est d'une horrible fétidité, a persisté et sort continuellement par la bouche, ce qui a décidé le malade a venir trouver M. Demarquay. La suppuration était si abondante que F. M... craignait d'étouffer s'il se livrait au sommeil. Il éprouvait, de plus, dans toute la moitié droite de la mâchoire et dans le front, des douleurs très-violentes.

Etat actuel. Le malade, d'une forte constitution est beaucoup amaigri sans présenter le teint d'une cachexie diathésique. Il porte au niveau de l'angle de la mâchoire supérieure une tumeur qui se confond insensiblement avec les régions voisines, sus-hyoïdienne, sterno-mastoïdienne, parotidienne, sans forme de saillie notable. C'est plutôt une tuméfaction générale de toutes ces régions, dont le maximum serait au niveau de l'angle du maxillaire. Ni rougeur, ni chaleur de la peau, qui glisse sur les tissus profonds; fluctuation au niveau du centre de la tumeur sentie assez difficilement, pas de crépitation parcheminée, pas de frémissement, ni souffle, ni battements. Points très-douloureux. Au niveau de l'angle de la mâchoire et du bord antérieur du masséter; le reste de la tumeur est douloureux aussi au toucher, mais beaucoup moins.

Le malade répand une odeur d'une fetidité insupportable, due au pus qui s'écoule incessamment de la bouche et à l'haleine; la suppuration est brun-verdâtre, très-abondante, ne contient pas de fragments osseux; en faisant ouvrir la bouche, M. Demarquay constate une carie des deux premières grosses molaires droites, et voit du pus sourdre au niveau de la deuxième grosse molaire, dans le vestibule de la bouche, notre maître sent en même temps le maxillaire inférieur dénudé et nécrosé, ce que nous percevons après lui sans difficulté; un orifice qui reçoit facilement une sonde cannelée donne issue au pus, il est formé en partie par de l'os rugueux, non mobile, en partie par la muqueuse buccale et les gencives; la sonde s'enfonce de près de 5 centimètres dans le foyer, sans rencontrer de parties rugueuses et dures au fond et sur le parois de l'abcès. M. Demarquay introduit le doigt au niveau de la fistule et en agrandit l'orifice pour donner au pus un plus libre écoulement.

Diagnostic. Abcès avec nécrose d'une portion du maxillaire inférieur suite probable de la carie dentaire.

En attendant qu'on puisse extraire le séquestre par une incision pratiquée dans la bouche on, prescrit des gargarismes fréquents avec solution très-étendue de permenganate de potasse, 4 degrés; 250 gr. de vin de Bordeaux.

Les jours suivants, le malade se plaint de fortes douleurs au niveau de la région sus-orbitaire et à la tempe, prenant par accès, par des points douloureux à ce niveau ; points douloureux persistant toujours au niveau du bord antérieur du masseter.

Le pus, malgré les gargarismes, est d'une odeur insupportable, conserve sa couleur brun-verdâtre et ne change pas de quantité. Le malade mange peu, éprouve de fortes douleurs de tête qui l'empêchent de dormir.

17 février. F. M... nous fait remarquer qu'il ne sent plus le contact au niveau de la lèvre inférieure du côté droit et de la sortie du nerf mentonnier par le trou de ce nom : on peut, en effet piquer le malade très-profondément à ce niveau sans qu'il accuse aucune sensation douloureuse : la moitié gauche de la lèvre est normalement sensible. M. Demarquay en conclut que la nécrose comprend une portion du canal dentaire et est, par conséquent, très-étendue. Pour atténuer l'odeur infecte de la suppuration, on prescrit dans le kyste des lavages avec une solution de permanganate de potasse de 1/1000, deux, trois fois par jour.

Le malade n'en souffre nullement, la nuit suivante est plus calme, il a pu dormir un peu, répand moins d'odeur, dit sentir de nouveau un peu au niveau des points précédemment insensibles, mais évidemment d'une façon très-obtuse.

Le 19. Rien de changé à l'aspect de la tumeur : dans l'après-midi, le malade se plaint d'un léger malaise, consistant en céphalégie obtuse et vertiges ; : il crache un peu de sang mêlé au pus : le soir à onze heures, il est pris subitement d'une hémorrhagie qui dure une heure, et qu'on parvient enfin à arrêter avec des tampons imbibés de perchlorure de fer et appliqués sur la fistule buccale ; glace dans la bouche : on essaie en vain de boucher l'ouverture avec un morceau de cire ; le sang recommence à couler un peu, une heure après il est facilement arrêté : la quantité rendue en tout peut être évaluée à 1000 gram. environ. Il était rutilant, mousseux, mêlé à du pus : on songe à l'ulcération d'une des branches de la carotide externe.

20 février. On prescrit une potion cordiale pour remettre le malade profondément anémié : vin de Bagnols ; il est assez calme dans la journée.

Le soir, à quatre heures, il est pris d'une nouvelle hemorrhagie. Le sang coule à flots de la bouche, et, dans l'espace de cinq minutes, avant qu'on ait eu le temps de prévenir l'interne de garde, il succombe après avoir rendu près de deux cuvettes d'un sang mousseux et rutilant.

Autopsie. 37 heures après la mort. — Après incision faite au niveau du bord antérieur et interne du sterno-mastoidien près de l'angle de la mâchoire, au point le plus fluctuant, on tombe dans une cavité du

volume d'un gros œuf de poule, contenant des caillots sanieux et d'une odeur repoussante.

Ce kyste est limité :

1° En dehors par le sterno-mastoïdien et l'aponévrose cervicale superficielle des débris du masséter en partie détruit;

2° En arrière par la parotide ulcérée à sa face antérieure et le muscle ptérygoïdien interne existant dans sa partie postérieure seulement;

3° En dedans et en bas, par les muscles de la région sus-hyoïdienne, la muqueuse buccale et le pharynx;

4° En avant et en haut, par la partie du corps du maxillaire avoisinant le symphise.

Le doigt introduit dans la cavité retire les caillots qui s'y trouvent; en écartant les lèvres de l'incision, on tombe sur le maxillaire nécrosé et présentant une solution de continuité dans presque toute sa partie droite; c'est-à-dire depuis le point où commence le canal dentaire jusqu'à deux centimètres de la symphise. L'angle de la mâchoire n'existe plus ; les deux portions restant de la moitié droite sont reliées par le bord alvéolaire nécrosé, mais non mobile ; c'est lui qu'on sentait par la bouche; pas de séquestre mobile; quelques parcelles osseuses dans la cavité, la partie interne de l'os restant présente une surface veloutée; toute la cavité du kyste est tapissée par une membrane brun-noirâtre, présentant des débris putrilagineux.

Au niveau des deux premières grosses molaires, une sonde passe dans la bouche; c'est l'orifice de communication entre l'abcès et la cavité buccale.

Dans la partie profonde du kyste, on trouve le paquet vasculo-nerveux de la carotide interne, entouré de matières sanieuses qui cachent complétement les vaisseaux à leur partie supérieure ; on voit de plus les ganglions profonds indurés et comme cartilagineux.

Dissection de la carotide primitive, puis des deux troncs qui en partent.

La carotide externe ne présente aucune lésion, ainsi que les vaisseaux qui en émanent; en injectant de l'eau dans la carotide primitive, le liquide sort et se répand dans la cavité du kyste; on le voit s'écouler à quelques centimètres au-dessus de l'ampoule de la carotide primitive.

L'introduction d'une grosse sonde en gomme élastique mousse, d'un diamètre de six millimètres environ, se fait facilement par la carotide primitive dans la carotide interne; la sonde ressort de la carotide interne au point même d'où l'on voyait sourdre le liquide, on dissèque le vaisseau sur elle; on enlève les débris qui l'entourent, et l'on constate à quatre centimètres environ de la carotide primitive un orifice aux parois du vaisseau ; cet orifice est situé sur la paroi antérieure, ovale

irrégulièrement, à grand diamètre vertical de six millimètres environ de largeur ; à son niveau les tuniques de l'artère sont comme imbibées de la sanie qui remplissait l'abcès et ramollies ; les bords de l'orifice sont déchiquetés, pas de caillots dans le vaisseau.

Veine jugulaire et pneumo-gastrique indemnes.

Rien de notable dans les autres organes.

Vacuité de toutes les veines (Maison municipale de santé. M. Demarquay. ***Ulcération de la carotide interne consécutive à une nécrose du maxillaire inférieur.*** Observation recueillie par M. Ed. Schwartz, interne des hôpitaux.)

Obs. XXXVI. — *Infection purulente consécutive à une nécrose du maxillaire inférieur déterminée par une périostite alvéolo-dentaire.*

M. Cocteau met sous les yeux de la Société une nécrose du maxillaire inférieur produite par une dent cariée, chez un malade mort d'infection purulente. La carie a probablement son origine dans le périoste, et cette opinion est fondée sur ce que les lésions sont plus avancées au voisinage de la dent que partout ailleurs. La lésion s'étend au dedans et en dehors du collet de la dent, sur les deux faces du corps du maxillaire. (***Bulletins de la Société anatomique*** t. VIII, p. 347, 1863).

Obs. XXXVII. — *Ostéo-périostite du maxillaire inférieur consécutive à une périostite de la deuxième grosse molaire inférieure droite. — Evolution rapide. — Mort.*

Abd-el-Kader, né dans la province d'Alger, âgé de 23 ans, est depuis cinq ans au 1er régiment de tirailleurs, doué d'une robuste constitution, d'un tempérament lymphatique, sanguin, il s'est toujours très-bien porté. Malade depuis 4 jours, il entre à l'hopital d'Orléansville le 4 avril 1867, avec le diagnostic : fièvre rémittente.

Le 5, à la visite du matin, cet indigène, inquiet, anxieux, se plaint de vives souffrances occasionnées par une des grosse dents molaires inférieures du côté droit, et menace de se détruire en se jetant par la fenêtre si on ne la lui arrache immédiatement.

Il ne peut rester au lit et s'est promené dans la salle une partie de la nuit, en poussant des cris de douleur. Je constate un gonflement sensible de la joue droite, que je suis tenté tout d'abord d'attribuer au développement d'un oreillon, en raison du mouvement fébrile et de l'état général du malade. Mais, en poursuivant mon examen, je découvre à l'intérieur de la bouche une tumeur arrondie, du volume d'une petite noix, siégeant à la face externe du maxillaire inférieure un peu au

dessus et en avant de l'angle de la mâchoire du côté droit, se prolongeant antérieurement jusqu'au voisinage des petites molaires.

Cette tumeur lisse, unie à la surface, un peu dure, non fluctuante, résiste au doigt, mais sous l'influence d'une pression énergique, elle donne issue, par des pertuis situés au dessous des deux dernières molaires, à une grande quantité de pus jaunâtre. La langue est comme soulevée par l'empâtement œdémateux de tout le plancher buccal, cet empâtement s'étend à la région hyoïdienne et s'accompagne de gène prononcée de la parole de la déglution et d'une salivation abondante.

La tumeur ouverte avec le bistouri, qui traverse un tissu épaisi, résistant laisse échapper un mélange de sang et de pus mal lié. Le stylet indroduit par l'ouverture arrive jusque sur le maxillaire qui est dénudé, rugueux dans l'étendue de 2 à 3 centimètres ; je fais quelques scarifications sur le plancher de la bouche.

Prescription : Diète, frictions sur le cou avec l'onguent mercuriel belladonné, cataplasmes, iodure de potassium 2 grammes, gargarisme opiacé.

Le 6. 84 pulsations chaleur à la peau, vive céphalalgie, plaintes incessantes, langue blanchâtre un peu sèche, tuméfaction de la région sus-hyoïdienne avec rougeur foncée et chaleur des téguments. La tumeur périostique du maxillaire a notablement diminué, ainsi que l'œdème sublingual ce qui me permet d'enlever sans trop de difficulté l'avant-dernière molaire désignée par le malade comme étant la cause de toutes ses souffrances. La carie de cette dent, d'ailleurs superficielle, est bornée à la couronne. — Même traitement, plus quinze sangsues à la région sus-hyoïdienne.

Le 7. Nuit très-agitée ; le malade s'est levé à plusieurs reprises. Il est plus calme au moment de la visite et continue de se plaindre de céphalalgie, d'insomnie. Le phlegmon s'étend à toute la paroi antérieure du cou jusqu'au voisinage de la fourchette sternale : salivation toujours abondante. — Trente sangsues, frictions mercurielles et belladonées, cataplasmes.

Le 8. Etat stationnaire, eau de Sedlitz, frictions et cataplasmes.

Le 9. 104 pulsations, langue humide, plusieurs selles liquides. Du pus fétide s'écoule à l'intérieur de la bouche par l'ouverture que j'ai pratiquée ; persistance de la rougeur, du gonflement, de la chaleur dans toute la région antérieure du cou. Malgré l'absence de fluctuation appréciable, je me décide à pratiquer à la région sus-hyoïdienne, un peu à gauche de la ligne médiane, une incision de 4 centimètres en divisant sur la sonde cannelée l'aponévrose cervicale. Puis, avec l'extrémité de cet instrument, je pénètre aussi profondément que possible dans diverses directions, en écartant les tissus afin de donner passage au pus. Mais il n'existe de collection nulle part, et il ne s'échappe de cette

large ouverture qu'une petite quantité d'un pus noirâtre, d'une odeur infecte. — Bouillon, vin de cannelle, injections chlorurées.

Le 9 soir. 108 pulsations dépressibles, le malade éprouve un peu de soulagement.

Le 10. Agitation et délire pendant toute la nuit, l'infirmier de garde est obligé de maintenir le malade dans son lit. A la visite du matin, je suis effrayé de son état d'abattement, de prostration : 132 pulsations très-faibles. La tuméfaction du cou a notablement diminué. Il s'écoule de l'ouverture pratiquée la veille quelques grammes seulement de pus grisâtre, d'une odeur gangréneuse, mêlé à des bulles d'air, et par la pression du doigt sur les téguments, on détermine un bruit de gargouillement; 48 inspirations bruyantes, langue humide, gêne de la déglutition douleur au voisinage de lombilic et dans la région du foie. Même prescription.

Le soir. 136 pulsations filiformes; le malade, plongé dans la prostration et la douleur, ne manifeste aucune souffrance.

Il succombe le 11, à quatre heures du matin (*Gazette des Hôpitaux* n° 47, 1874. M. Daga. *Ostéo-périostite du maxillaire inférieur. Évolution rapide. Mort.*)

Obs. XXXVIII. — *Abcès du sinus maxillaire, consécutif à une périostite chronique de la première prémolaire supérieure gauche. — Extraction. Guérison,* Obs. inédite, Dr Magitot.

30 juillet 1861. M. X..., élève de l'École polytechnique, âgé de 22 ans, avait il y a un an (juillet 1860) à une première petite molaire supérieure gauche, une carie postérieure n'ayant jamais causé de douleur. Cette carie fut obturée à cette époque sans provoquer le moindre accident. Deux mois après, en septembre de la même année, il survint, sans cause appréciable, un abcès de la gencive au niveau de la dent plombée. Cet abcès, accompagné de douleurs assez vives, s'ouvrit spontanément et laissa un orifice fistuleux qui persista, laissant suinter quelques gouttes de pus par vingt-quatre heures, jusqu'au mois de décembre suivant, époque à laquelle il s'oblitéra. Un mois après, en janvier 1861, un nouveau gonflement parût, mais cette fois plus profond, ne paraissant pas à la gencive comme le précédent, occupant le stisu même du maxillaire supérieur, vers le niveau de la dent molaire te accompagné d'une tuméfaction de la joue et de douleurs extrêmement vives, profondes, lancinantes avec irradiations dans le voisinage et particulièrement dans la tempe correspondante où siégeait un point très-douloureux. L'élève entra à l'infirmerie de l'école et au bout de trois jours de cet état, en se réveillan un matin, rendit par la narine gauche

une quantité considérable de pus, appréciée approximativement par le malade à un demi-verre. Dès ce moment, toute douleur disparut ainsi que le gonflement, seulement pendant les huit jours qui suivirent, le malade rendait une certaine quantité de pus équivalant encore à un demi-verre par vingt-quatre heures. Ce pus était très-épais, verdâtre et fétide. En février, M. X..., soupçonnant avec raison que la dent était cause de tous les accidents, voulut la faire extraire; une tentative fut faite qui n'aboutit qu'à briser la couronne et à laisser la racine dans la mâchoire. L'état du malade n'en subit aucun changement. Quelques temps après, la quantité de pus rendu par la narine diminua considérablement, mais sans cesser jamais complètement.

Depuis quatre mois, jusqu'au moment actuel, l'état est stationnaire avec quelques recrudescences tous les quatre ou cinq jours, pendant lesquels le malade rend parfois le matin du pus en même temps par le nez et par un petit orifice reparu à la gencive, au niveau de la racine.

30 juillet 1861. Extraction de la racine en un seul temps.

Un mois après, le malade est revu et aucun accident n'est reparu. Depuis le jour de l'opération tout l'écoulement purulent a cessé.

Anatomie pathologique. — Le sommet de la racine extraite est le siége d'un abcès du volume d'un pois dont la paroi déchirée pendant l'extraction a ouvert la cavité. Cette cavité contient un liquide épais, crêmeux, purulent et comme contenu dans une masse spongieuse formée d'alvéoles lâches.

Obs. XXXIX. — *Abcès du sinus maxillaire, consécutif à une périostite spontanée de la première grosse molaire supérieure gauche. — Extraction. — Guérison* (Obs. inédite et personnelle.)

Homme, 40 ans, bonne constitution.

12 décembre 1874. Douleur sourde dans tout le côté gauche du maxillaire supérieur. Première grosse molaire supérieure douloureuse à la pression gonflement de la joue et de la face.

Le 17. Le malade mouche une assez grande quantité de pus. N'a pas cessé depuis d'en moucher constamment.

Le 19. Le malade sent tout à coup le goût du pus dans la bouche, il lui semble qu'un abcès s'est ouvert au niveau de la dent.

Le 23, examen. Absence des deux prémolaires et de la deuxième grosse molaire. La première grosse molaire un peu dénudée au niveau du collet, ne présente aucune trace de carie. Pas de traumatisme non plus. Ébranlement assez léger, douleur à la pression et à la percussion. La gencive œdématiée et décollée au niveau du collet laisse sourdre à la partie antérieure du collet un liquide d'aspect séro-

purulent assez clair. Extraction. La racine externe postérieure ne présente plus que l'aspect d'un petit moignon, taillé en bec de flûte et recouvert d'un périoste fongueux de coloration jaune-grisâtre. La racine interne est un peu plus longue que la précédente, son périoste est d'un rouge vif, uniforme, à son extrémité rugueuse et en voie de résorption, on voit l'ouverture du canal dentaire plus large qu'à l'état normal. La racine externe et antérieure, conserve sa longueur habituelle, son périoste ne paraît pas avoir éprouvé aucune modification.

Huit jours après, le malade mouche encore du pus, mais en quantité moindre. Il s'écoule aussi un peu de pus au niveau de l'alvéole de la dent extraite. Le stylet pénètre facilement dans la cavité du sinus par le fond de l'alvéole.

Quinze jours plus tard, la plaie produite par l'extraction est à peu près fermée, il ne s'écoule plus de pus par la bouche. Le malade n'en mouche plus qu'une très-petite quantité. Plus aucune douleur.

Revu depuis, le malade était complètement guéri.

OBS. XL. — *Abcès du sinus maxillaire, consécutif à une périostite de la première prémolaire supérieure droite. — Extraction. — Guérison* (Observation inédite et personnelle.)

D. C..., lieutenant du génie, a eu pendant son séjour à l'École polytechnique, une carie pénétrante de la première prémolaire supérieure droite, dont la pulpe a été détruite à l'aide de l'acide arsénieux, mais le traitement est resté interrompu par son départ de l'École. Fracture ultérieure de la dent au niveau de la gencive. Périostites fréquentes à marche rapide, se terminant au bout de quelques heures, par l'ouverture d'un petit abcès gingival.

Le 16 décembre 1873, dans la nuit, sans qu'il se soit rien manifesté d'anormal, les jours précédents, le malade, en mouchant, s'aperçoit qu'il rejette par les narines, une certaine quantité de pus et de sang. A partir de ce moment, il a une petite hémorrhagie nasale presque tous les soirs, et tandis que jusqu'alors il n'avait que de très-rares besoins de se moucher, il est obligé maintenant de le faire très-souvent et à chaque fois il rend du pus mêlé de sang.

Le 20, extraction très-laborieuse d'une extrémité de racine de la prémolaire, rugueuse, dépourvue de périoste. L'exploration de l'alvéole fait sentir un deuxième débris dont l'extraction est remise au 23. Il est impossible de pénétrer dans le sinus par le fond de l'alvéole.

Le 23, le malade affirme qu'il rend une moins grande quantité de pus et presque plus de sang, il n'a plus eu d'hémorrhagie. Mais le malade, fatigué de la dernière opération, ne peut supporter de nouvelles tentatives d'extraction. L'état du malade étant meilleur, expectation.

Le 16 janvier 1874, le malade est complètement guéri : la plaie de l'alvéole est cicatrisée, il reste donc inclus un sommet de racine sain. Ne mouche plus ni pus ni sang; la paroi interne du sinus repoussée autrefois par l'abcès a repris sa place normale de sorte que le malade croit maintenant respirer plus facilement du côté de cette narine que de l'autre.

Obs. XLI. — *Photophobie consécutive à une périostite alvéolo-dentaire d'une incisive.*

Hay, a rencontré un exemple de photophobie et de douleurs intra-oculaires, avec de violents élancements de la face, que l'on provoquait, en percutant et en touchant une dent incisive. La dent enlevée, ces symptômes s'évanouirent; un abcès se trouvait à la racine (Wedl, *Path. der Zahne*, p. 355 et Tomes, trad. Darin, p. 539.)

Obs. XLII. — *Amaurose consécutive à une périostite alvéolo-dentaire. — Extraction. — Guérison.*

De Witt a constaté le rétablissement de la vision dans un œil qui était complètement aveugle, depuis douze ans, à la suite de l'enlèvement d'un amalgame obturant une dent ; au-dessous du plombage était enfermé du pus en voie de décomposition. De l'odontalgie étant survenue dans l'organe, la vue s'affaiblit de nouveau; mais l'extraction de la dent fit disparaître complètement la cécité ; cependant la vision des objets très-petits, demeura indistincte, (Tomes, *Chirurgie dentaire*, trad. Darin, p. 540.)

Obs. XLIII. — *Amblyopie de l'œil gauche consecutive à une périostite de la canine supérieure gauche déterminée par une dent à pivot. — Extraction. — Guérison.*

M. X..., médecin à Paris, eut, en 1845, la dent canine gauche attaquée par une carie molle qui la réduisit à une simple coque ; le nerf dentaire fut détruit par déchirure, et la dent, devenue insensible, fut aurifiée. En 1846, en mangeant, la coque d'émail très-amincie se brisa, et il ne resta que la racine ; une dent artificielle à pivot remplaça la dent naturelle ; rien de particulier ne se passa jusqu'en 1850 ; au mois de juin, à la suite d'un long voyage, M. X... fit renouveler la dent, qui fut implantée avec force dans la racine ; dès le lendemain, l'œil correspondant, sans être douloureux, ne voyait les objets qu'à travers un mirage ; une

tache noirâtre, une mouche, couvrait tous les objets et suivait les mouvements de l'œil. Après quelques jours de cet état la vue, devenant de plus en plus trouble, M. Desmarres prescrit des sangsues à l'anus, des purgatifs, des frictions iodurées s'adressant aussi à une congestion de la choroïde; il y eut un peu d'amélioration, et après deux ou trois mois, tout semblait revenu à l'état ordinaire: cependant l'axe visuel avait dû subir une déviation, ce dont M. X... s'aperçut à la chasse: contre son habitude, il manqua constamment de tuer à belle portée.

A plusieurs reprises, les accidents se reproduisirent et enfin, en 1852, ils augmentèrent tellement, que la vue du côté gauche était entièrement compromise, au point de ne pas distinguer les traits d'une physionomie, à ne pas reconnaître les personnes. Il parla de cela à M. Buchez, son dentiste, qui n'hésita pas à l'attribuer à la dent: il constata une douleur à la pression dans la fosse canine et conseilla l'avulsion de la racine, laquelle fut pratiquée de suite à l'aide d'un tire-fond. A l'extrémité de cette racine adhérait un paquet de tissu vasculaire gris gros comme une cerise, ce dont s'applaudit beaucoup M. Buchez: il y eut un écoulement de sang très-modéré. Dès le lendemain la vue s'éclaircit, tous les jours les progrès étaient très-sensibles; quinze jours après, il n'y paraissait plus. Depuis, jamais il n'y a eu le moindre accident, le parallélisme s'est parfaitement rétabli, ainsi que maintes fois M. X... a pu le constater (Desmarres, *Traité des maladies des yeux*, t. III, p. 585.)

Obs. XLIV. — *Amblyopie consécutive à une periostite de la racine de l'incisive supérieure droite.*

Au mois d'août 1846, je fus consulté par madame S..., au sujet d'une altération de la vue accompagnée de douleurs assez vives dont elle souffrait depuis quelques mois à l'œil droit. Elle me dit que ces phénomènes n'existaient pas d'une manière permanente, mais qu'ils se manifestaient par accès revenant à des intervalles irréguliers: que pendant ces sortes d'accès, qui duraient quelquefois deux à trois jours, l'œil était très-irritable, supportait difficilement la lumière et devenait larmoyant. Elle voyait beaucoup mieux par un temps couvert que lorsque le ciel était clair, vers le soir, qu'au milieu du jour. Elle avait déjà consulté plusieurs médecins; l'un avait diagnostiqué une cataracte commençante, l'autre, une ophthalmie intermittente; un troisième enfin une amaurose. Tous les moyens qu'on lui avait conseillés et qui avaient varié d'après la différence du diagnostic ne lui avaient apporté aucun soulagement.

Possédant ces symptômes subjectifs, je passai à l'examen objectif de l'œil malade. Je ne pus y découvrir la moindre altération dénotant un état congestif ou inflammatoire ou une lésion organique quelconque.

Tout ce que je pus constater, c'était un léger larmoiement et un resserrement considérable de la pupille, un véritable état de myosis.

D'après cet ensemble de symptômes, je me prononçai aussi pour l'existence d'une amaurose commençante, d'une amblyopie irritative ou avec éréthisme. Les moyens que je prescrivis furent en rapport avec ce diagnostic, mais, au bout de six semaines de traitement énergique et suivi avec soin, je n'obtins pas le moindre résultat.

Voyant l'inefficacité de tous les moyens mis en usage pour combattre cette affection singulière, je n'en rejetai pas la faute sur leur peu de vertu, mais je crus devoir l'attribuer à l'inexactitude de mon diagnostic et surtout de mon diagnostic étiologique. Je résolus donc de me livrer à de nouvelles investigations pour arriver à la connaissance de la cause du mal. Passant successivement en revue toutes les causes connues de l'amblyopie et de l'amaurose, je recherchai avec soin si l'une ou l'autre d'entre elles n'existait pas chez ma cliente. Lui ayant demandé si elle ne portait pas de dents cariées et si elle n'était pas sujette à des odontalgies, elle me répondit qu'elle avait perdu plusieurs dents à la mâchoire supérieure du côté droit, qu'il était resté de l'une d'elles un chicot qui lui causait de temps en temps d'assez vives souffrances, et qu'elle avait cru remarquer plusieurs fois un certain rapport, une espèce de connexion entre les douleurs de la dent et celles qu'elle éprouvait à des intervalles irréguliers dans l'œil droit. Ce fut un trait de lumière, je m'empressai d'examiner la bouche et je constatai en effet l'existence d'un chicot vacillant, formé par la racine de la canine droite supérieure. Me rappelant alors ce que je savais sur les troubles de la vue produits par une dent cariée, je pensai que les symptômes dont se plaignait ma cliente pouvaient aussi dépendre de l'irritation du trifacial, produite et entretenue par le fragment de la dent. Je lui fis part de mes soupçons et je lui proposai l'extraction du chicot. Elle y consentit, et j'en fis l'avulsion. Immédiatement l'odontalgie cessa ; le trouble de la vue, les douleurs du globe oculaire, le larmoiement, la photophobie, tout disparut, et madame S... fut entièrement guérie de son affection qui lui avait inspiré tant d'inquiétude. Depuis cette époque, elle n'a plus rien ressenti dans l'œil droit (*Annales d'oculistique*, t. XIX, p. 205, Tierlinck.)

Obs. XLV. — *Cécité de l'œil gauche consécutive à une périostite alvéolo-dentaire d'une dent de la mâchoire supérieure du côté gauche.*

Madame X..., agée de 45 ans, d'une santé florissante, m'a été adressée par le docteur Weber pour une tumeur adhérente du masséter gauche. Il était difficile de se prononcer sur la nature exacte de cette tumeur, mais je trouvai l'œil gauche frapppé de cécité presque complète et for-

tement dévié en dehors. La perte de la vue s'était faite d'une manière subite : la malade raconte que, trois ans auparavant, elle a souffert d'un gonflement de la gencive pour lequel on avait appliqué des sangsues. Depuis, elle était sujette à des douleurs fréquentes dans cette région, et tout à coup elle s'est aperçue qu'elle n'y voyait plus de l'œil de ce côté. A l'examen ophthalmoscopique, je ne pus rien voir d'anormal au fond de l'œil ; la pupille avait une bonne coloration, pas de vaisseaux coupés, le globe de l'œil n'était pas dur. Quelque temps après, on arracha le chicot qui causait les douleurs, le gonflement disparut de la gencive, et la vue revint graduellement, mais jamais de manière à permettre à la malade de voir plus que les gros objets (Hutchinson, *Ophthalmic Hospital reports*, t. IV, p. 381, cité par Metras, 1873.)

Obs. XLVI. — *Cécité successive et complète des deux yeux due à des périostites alvéolo-dentaires.*

Madame Chatelain, couturière, âgée de 28 ans, ressentait depuis longtemps de violentes douleurs dans toute la région qui correspond aux maxillaires supérieurs. Le 3 décembre 1865, elle est prise d'un accès de douleur tellement vive qu'elle est obligée de se coucher. Quelque temps après, la douleur se calme un peu, et, en se levant, la malade s'aperçoit qu'elle a totalement perdu la vue de l'œil droit. Pressée de travail, elle continue à vaquer à ses occupations. Peu de jours après, elle est prise de violentes douleurs dentaires à gauche, dont l'intensité acquiert, dans la soirée du 17 décembre, le même degré qu'à droite, lors de la troisième attaque. La douleur s'étant un peu calmée, la malade se trouva, à son grand effroi, entièrement aveugle et forcée de se faire conduire chez elle. Le lendemain, cette malade est amenée à la clinique où nous constatons la persistance du même phénomène. En plaçant une forte lampe devant ses yeux, elle n'accuse que d'une manière très-incertaine le passage de la main devant la flamme. Les pupilles sont légèrement dilatées et ne réagissent pas à la lumière ; le fond de l'œil n'offre aucune altération, soit dans la coloration, soit dans la vascularisation des papilles et dans l'aspect des taches jaunes. La démarche est celle d'une personne entièrement aveugle, et toute idée de simulation disparaît devant cette considération que cette femme est l'unique soutien de trois enfants en bas âge.

Ayant appris qu'une névralgie dentaire intense avait précédé la cécité, nous avons conseillé à la malade de s'adresser à un dentiste. Le 20 décembre, après avoir été soumise à des inhalations de chloroforme, on pratique l'avulsion de cinq dents fortement cariées à gauche, dont deux en haut et trois en bas. La malade, revenue de l'anesthésie, accuse

le retour de la vision à gauche, et, lorsque nous l'examinons cinq jours après, nous constatons le retour parfait de la faculté de voir de ce côté et une perception exacte de la lumière du côté droit. De ce côté, une forte fluxion empêche la malade de se faire enlever trois dents cariées, mais cette opération est pratiquée le 6 janvier. Presque aussitôt, la malade recouvra les fonctions de l'œil droit, et, en l'examinant quelques jours après, nous avons pu constater un état parfait de l'acuité de la vision dans les deux yeux.

Pendant ce temps, la malade avait fait usage de pilules au valérianate de zinc, traitement auquel nous ne croyons devoir attribuer aucune participation dans une guérison si surprenante. Disons que cette femme était d'une santé d'apparence robuste (Metras, Thèse de Paris, 1873. p. 23, obs. IV. — Wecker, *Ann. ocul.*, t. LV, p. 134.) (1).

Obs. XLVII. — *Amaurose complète de l'œil gauche et abcès du sinus maxillaire, consécutif à une périostite alvéolo-dentaire de la première grosse molaire supérieure gauche, déterminée par la présence d'une petite esquille de bois à l'extrémité d'une des racines. — Extraction.*

F. P..., de la Russie-Blanche, âgé d'environ 30 ans, doué d'une bonne constitution et exempt de maladies, à l'exception de quelques douleurs passagères aux membres, ressentit tout à coup dans l'automne de 1825 une douleur très-forte qui, passant de la région temporale gauche, s'étendait à l'œil et à la face du même côté et qui fut attribuée à un refroidissement subit.

Cette douleur, assez aiguë, persista plusieurs jours, puis diminua et reparut ensuite de temps à autre, sans toutefois être assez forte pour engager le malade à consulter un homme de l'art. Mais, deux mois plus tard environ, elle acquit brusquement une telle intensité en occupant particulièrement l'œil que cet organe semblait au patient être sur le point de sortir de son orbite. A cette même époque, F. P... s'aperçut que, de ce côté, il avait perdu la faculté de voir. Cette découverte l'engagea à réclamer les secours d'un médecin qui habitait le voisinage, et celui-ci lui donna des soins deux mois entiers, mais sans amélioration notable. La vue ne fut pas recouvrée ; seulement les douleurs cessèrent d'être continuelles et, affectant une sorte de périodicité, laissèrent quelques heures de calme dans le courant de la journée. Pendant les six mois qui suivirent, plusieurs autres médecins furent consultés et ne purent lui procurer aucun soulagement ; mais, à cette époque, les douleurs re-

(1) En l'absence de renseignements anatomopathologiques s'il est possible de contester le rôle de la périostite pour les troubles de la vision du côté gauche, la fluxion du côté droit démontre suffisamment son rôle dans l'œil droit.

prirent un nouveau degré de force, la joue se tuméfia, et dans la nuit qui suivit, un écoulement de quelques cuillerées de nature sanguinolente eut lieu par la paupière inférieure, après quoi la joue revint à son état normal et la douleur diminua tellement qu'elle fut à peine ressentie dans la région temporale; cependant la cécité resta complète. Trois semaines plus tard, le même écoulement reparut et se réitéra ainsi de la même manière pendant environ six mois, durant lesquels l'état du malade fut supportable. Néanmoins, dans le cours de l'automne et surtout de l'hiver 1826, les douleurs, surtout celles de l'œil, devinrent si violentes que F. P... se rendit à Wilna, au commencement de 1827, dans l'intention de se faire enlever l'œil, s'il n'y avait pas d'autre moyen de le soulager.

Ayant été appelé près de lui, M. Galezowski trouva l'œil gauche entièrement insensible à la lumière et tout à fait incapable de la distinguer. La pupille était dilatée: du reste, le globe de l'œil et les paupières ne présentaient aucune altération apparente; la figure n'était point tuméfiée: le malade n'endurait pas de douleurs aussi fortes que de coutume, mais il disait éprouver par instants de violents picotements à la tempe gauche, aux parties circonvoisines de l'œil et à la région orbitaire correspondante; il montrait aussi un oreiller sur lequel des taches d'un rouge pâle avaient été produites par l'écoulement purulent de la paupière inférieure qui avait eu lieu pendant la nuit. M. Galezowski fixa particulièrement son attention sur cette sortie de matière purulente, et l'on ne peut s'en rendre compte qu'en admettant que ce pus sortait du sinus maxillaire dans lequel il s'était accumulé en grande quantité, après quoi il s'était frayé une issue à travers la paroi supérieure de cette cavité, dans le point même où se trouve le canal sous-orbitaire. Il pensa en outre que la cécité pouvait dépendre de l'action irritante du pus ou des bords inégaux de la partie perforée et peut-être cariée de l'os sur les nerfs de la vision; et, comme d'un autre côté il savait que la suppuration dans l'antre d' Higmore reconnaît souvent pour cause une carie dentaire, il s'informa s'il n'y avait pas de dents gâtées et si le mal n'avait pas débuté par des douleurs de dents. Le malade en avait une, en effet, la première molaire gauche, qui se cariait depuis longtemps: mais il n'en avait que très-peu souffert durant sa maladie, et, dans ce cas même, les douleurs occasionnées par elle n'avaient jamais semblé coïncider avec celles de la tempe et de l'œil. Malgré cela, l'avulsion fut décidée tant pour reconnaître si la carie avait ou non quelque liaison avec l'affection actuellement existante que pour donner au pus une nouvelle issue, dans le cas où il s'en serait trouvé dans le sinus maxilaire, et changer ainsi sa direction habituelle. Cette dent fut donc enlevée, e quelle ne fut pas alors la surprise du docteur G... et du malade, lorsqu'à l'extrémité de la racine ils aperçurent un petit corps régulier, blanc jau-

nâtre, de la grosseur d'une petite épingle ; ce corps, qui traversait perpendiculairement le centre de la dent, extrait à l'aide d'une pince déliée, n'était autre chose qu'une esquille de bois de 3 lignes de longueur à peu près.

Probablement le malade avait introduit dans l'ouverture de sa dent cariée un cure-dents de bois (ce dont il ne se souvenait d'ailleurs aucunement); une petite esquille s'en était détachée et ayant pénétré jusqu'à l'orifice qui existe à l'extrémité de la racine, avait exercé sur le nerf dentaire une excitation continuelle qui, de là, s'etait propagée aux ramifications de la branche moyenne supérieure du nerf trijumeau, d'où l'amaurose et l'inflammation de la membrane interne qui tapisse le sinus maxillaire, inflammation suivie ensuite de suppuration. Toutefois, l'absence de douleurs dentaires coexistant avec celles de la tempe et de l'œil pouvait faire douter encore un peu de l'exactitude du diagnostic. Un stylet porté dans l'alvéole pénétra dans le sinus et, lorsqu'il en fut retiré il s'en écoula quelques gouttes d'un liquide séro-purulent, preuve assurée de la suppuration qui y avait été soupçonnée. Après l'extraction de la dent et pendant l'examen qui suivit, quelques picotements furent ressentis au-dessus de l'œil et à la tempe de ce côté, mais ils ne tardèrent pas à disparaître. La bouche fut lavée à diverses reprises avec du lait étendu d'eau tiède, pour faciliter l'écoulement du pus qui pouvait encore se trouver dans le sinus, mais il n'en sortit qu'une très-petite quantité; les douleurs cessèrent presque totalement et, dès le soir même, l'œil malade commença à se montrer sensible à l'action de la lumière. La vue se rétablit progressivement, au point que, le neuvième jour depuis l'extraction de la dent, F. P... voyait aussi bien de l'œil gauche que de l'œil droit, après une cécité de treize mois, et que, le onzième jour il quitta Wilna pour retourner dans sa famille. (Docteur Séverin Galezowski. *Archives générales de médecine*, t. XXIII, p. 261 1828.)

Obs. XLVIII. — *Blépharospasme de l'œil droit, coryza et otalgie consécutifs à une périostite des racines de la première grosse molaire supérieure droite.* — *Extraction.* — *Guérison* (Observation inédite et personnelle.)

P. A... étudiant en médecine, externe à la Charité. Depuis plusieurs années, la première grosse molaire supérieure droite était cariée. A la suite d'une tentative d'extraction, il y a trois ans, la couronne avait été brisée. Il ne restait plus que les racines. Sous l'influence du froid humide il ressentit quelques douleurs, et en même temps, il se formait de petits abcès du côté de la voûte palatine; il existait aussi un petit trajet fistuleux ouvert à la gencive au niveau de la dent malade. Depuis cinq jours, il ressentait de vives douleurs qui s'irradiaient en divers points. Les

paupières de l'œil droit, surtout l'inférieure, étaient le siége d'élancements; elles étaient lourdes, et le malade éprouvait un certain soulagement en les fermant; un spasme continuel les agitait et fatiguait le malade. La vue était affaiblie et une lecture prolongée était impossible. La pression sur le tubercule de l'arcade zygomatique occasionnait de la douleur. Enfin, la conque auditive (toujours du côté droit) était également douloureuse. Les souffrances n'avaient pas le même degré d'acuité pendant toute la journée. La mastication les excitait, et leur maximum avait la durée de deux heures. Chaque jour elles revenaient entre dix et onze heures du matin. En même temps que la douleur de dent, le malade avait un coryza. La couronne ayant été brisée au niveau des gencives, je retire successivement les trois racines avec une pince à racine. La racine interne présente une vive injection du périoste dans toute son étendue et est surmontée à son extrémité par une végétation du périoste du volume d'une grosse tête d'épingle: la racine antérieure et externe, rugueuse, en partie résorbée à son extrémité, est dénudée de son périoste sur une étendue de 2 millimètres environ. La racine postérieure et externe ne paraît pas atteinte. Après l'extraction des racines, les douleurs persistent encore trois jours avec la même intensité, puis elles disparaissent insensiblement d'une façon complète ainsi que le blépharospame et le coryza. Sans se fatiguer, le malade peut lire toute la soirée à la lumière artificielle.

Obs. XLIX. — *Surdité de l'oreille droite consécutive à une péritonite d'une molaire inférieure droite. — Abcès. — Extraction. — Guérison.*

Le 5 mai, est entré le nommé G... (Jean), âgé de treute-cinq ans, portant une tumeur à la mâchoire inférieure droite, accompagnée de surdité du même côté, le tout provenant d'une carie dentaire.

Il y avait deux mois que le malade souffrait, d'abord de l'oreille droite, puis des molaires du même côté: il n'entendait plus de cette oreille-là et il avait la sensation de battements continuels. Dix jours avant son entrée à l'hôpital, le malade remarqua que sa mâchoire gonflait. A la palpation, on constata une tumeur dure, peu douloureuse et nullement fluctuante: en examinant le fond de la bouche, on voit une molaire gâtée et le reste d'une autre également cariée. On les fait arracher toutes les deux. Le lendemain, le gonflement de la mâchoire a considérablement diminué; la surdité persiste encore. Quatre jours après son entrée, le malade sort presque guéri, car la surdité a beaucoup diminué et le gonflement est à peine visible (Rubio, *Des abcès dentaires*, th. de Paris, 1857, p. 31, obs. III.)

Obs. L. — *Epilepsie consécutive à des périostites alvéolo-dentaire de la mâchoire inférieure. — Extraction. — Guérison.*

Un jeune homme de Windsor, garçon de ferme, fut admis à l'hôpital de Middlesex comme épileptique. La médication ordinaire fut mise en œuvre pendant six semaines, sans résultat. La bouche fut alors examinée ; on trouva les molaires de la mâchoire inférieure profondément cariées : il y en avait quelques-unes dont il ne restait que les racines. Le malade ne souffrait ni des dents ni de la mâchoire. Néanmoins, les dents cariées furent enlevées ; chacune avait ses racines bulbeuses et exostosées. Dix-huit mois après cette opération, le malade n'avait pas eu une seule attaque, bien que, pendant de nombreuses semaines auparavant, il en eût deux ou trois par jour (Tomes, *Chirurgie dentaire* Traduct. Darin, p. 533.)

Obs. LI. — *Epilepsie considérablement améliorée à la suite de l'extraction d'une dent de sagesse atteinte de périostite.*

Un policeman avait des attaques d'épilepsie qui s'atténuèrent considérablement à la suite de l'extraction d'une dent de sagesse cariée et atteinte d'exostose (Tomes, trad. Darin. *Chirurgie dentaire*, p. 534.)

Obs. LII. — *Tétanos consécutif à une périostite alvéolo-dentaire déterminée par une dent à pivot. — Mort.*

X..., âgé de 35 ans, grand et fluet, mais de très-bonne santé apparente. A l'occasion de son mariage, il fit un voyage d'agrément et vint Paris où il eut le malheur de se briser une dent de devant. Désirant cacher l'accident à sa femme, il s'adressa immédiatement à un dentiste. Celui-ci lui posa une dent à pivot (l'opération fut bien faite, je n'en doute pas, car le praticien avait une réputation considérable et méritée); le secret voulu semblait donc assuré. Cependant, à partir de l'opération, la racine devint fort douloureuse ; la souffrance s'accrut pendant quatre ou cinq jours, puis le malade quitta Paris pour Rouen. Arrivé dans cette dernière ville, la douleur prit une accuité extraordinaire ; il alla consulter un médecin, mais il était trop tard ; vingt-quatre heures après, il fut atteint de trismus, puis bientôt de tétanos et mourut. (*Lectures on Dental surgery and physiology,* by J. Tomes, 1848, p. 321 et Tomes, *Traité de chirurgie dent.*, p. 535, traduct. Darin, Paris 1873.)

Obs. LIII. — *Périostite spontanée de l'incisive médiane gauche. Fistule cutanée de la région mentonnière. — Extraction. — Guérison* (Observation inédite et personnelle).

Mademoiselle T..., jeune fille blonde, pâle, de santé délicate, 17 ans. Il y a deux ans, sur la fin de décembre 1872, sans cause apparente, traumatisme ou refroidissement, est prise de frisson et de malaise qui la forcent à garder le lit pendant quatre ou cinq jours. Dès le lendemain du frisson, la gencive de la région incisive inférieure était le siége d'un gonflement évident; en même temps, les dents de cette région sont ébranlées et sensible à la pression. Cet abcès se termine au bout de huit jours par une ouverture en avant de l'arcade dentaire. (Purgatifs, résolutifs, quinquina, etc.) Malgré la guérison apparente, la malade conserve une certaine sensibilité de la région mentonnière. Un peu plus tard, apparition d'un nouveau phlegmon, mais à marche lente, sans phénomènes généraux, ouvert au bout de quinze jours par une ponction sur la ligne médiane de la région mentonnière, à 1 centimètre en arrière du menton. Depuis, le gonflement a disparu, mais un orifice fistuleux s'est établi à ce niveau, et tous les mois, à l'époque des règles, cette région devient plus sensible et est en même temps le siége d'un léger gonflement.

État actuel — (30 octobre 1874). La région incisive inférieure, n'offre ni gonflement, ni injection; aucune dent n'est ébranlée, ni sensible à la percussion; aucune carie. Les deux incisives médianes présentent cependant une légère coloration grisâtre. Un stylet introduit par l'orifice fistuleux pénètre un peu obliquement à gauche d'une profondeur de 2 centimètres 1/2, il est arrêté à ce niveau et donne la sensation d'une partie nécrosée, os ou racine. Cette exploration, sans être très-douloureuse, provoque cependant une sensation pénible chez la malade qui désigne l'incisive médiane gauche comme en étant le siége. La percussion pratiquée sur les dents de la région, en maintenant le stylet dans cette position, paraît se transmettre plus nettement lorsque l'on frappe l'incisive médiane gauche: cette même transmission paraît aussi plus évidente que sur les autres lorsque, les doigts appuyés sur les dents, on frappe sur l'extrémité du stylet au moyen d'un corps dur. Le Dr Magitot juge l'extraction de l'incisive médiane gauche indispensable à la guérison de la fistule.

Le 6 novembre, l'extraction est pratiquée. Le bord antérieur de la racine, à 4 millimètres environ du sommet, présente une production polypiforme, molle, rougeâtre, dont le pédicule un peu large s'étend un peu en mourant sur les faces latérales. Le bord postérieur de la racine est rugueux, inégal, excavé en forme de croissant sur une hauteur

de 1/2 centimètre, à partir du sommet qui est très-mince, dénudé, très-aigu, rugueux, en voie de résorption.

Quinze jours plus tard, la malade revient. L'orifice fistuleux est complètement fermé, et sa dent est replacée sur un petit appareil qui rétablit ainsi la régularité de l'arcade dentaire.

OBS. LIV. — *Périostite spontanée de la deuxième prémolaire supérieure droite, — Traitement par la sangsue et les pointes de feu. — Guérison* (Observation inédite, Dr Magitot).

D..., élève du lycée Louis-le-Grand, âgé de 14 ans, bonne constitution. Le dimanche 7 mars 1859, l'enfant, qui n'a jamais souffert des dents, remarque, en se réveillant le matin, qu'une de ses dents de la mâchoire supérieure droite, la deuxième prémolaire, était douloureuse au moindre contact des arcades dentaires et même au simple attouchement de la langue. Cette sensation était exclusivement provoquée, car en l'absence de tout contact, la dent n'était le siége d'aucune douleur. Néanmoins, dans la journée, la mastication fut impossible du côté malade ; la dent paraissait un peu allongée, un peu de fièvre survint accompagnée d'inappétence, de céphalalgie ; puis, le soir, la fièvre se calma mais l'état de la dent resta le même.

Le lendemain et les jours suivants, mêmes symptômes, même impossibilité de la mastication, mêmes douleurs au moindre choc, douleurs vives au contact des liquides chauds, douleurs calmées au contraire par le contact du froid. Enfin, aujourd'hui 16 mars, l'état est absolument le même que dans les premiers jours.

A l'examen de la bouche, je constate que la dentition est parfaitement régulière et que les dents sont entièrement dépourvues de carie. La deuxième prémolaire supérieure droite, également dépourvue de toute altération extérieure, présente un très-léger ébranlement ; la gencive est saine, le moindre choc imprimé à la dent est cause de douleurs très-vives ; le contact même du froid est intolérable. Prescription : plusieurs pédiluves ; application d'une sangsue sur le point de la gencive correspondant à la dent malade ; gargarisme émollient.

Le 18. Douleur spontanée toujours nulle ; diminution de la douleur à la percussion. L'hémorrhagie provoquée par la sangsue a duré depuis onze heures du matin jusqu'à cinq heures du soir. L'élève s'est senti affaibli hier soir par suite de la perte de sang.

Le 23. Depuis le 18 mars, une amélioration manifeste s'est déclarée. La dent est toujours indolente spontanément, mais le contact de la langue sur la dent affectée ne provoque plus aucune douleur. L'impression douloureuse que produisait le contact des liquides chauds a diminué

notablement, mais l'impression des liquides froids reste la même. La sensibilité à la percussion n'a pas changé. La dent est toujours très-légèrement ébranlée, la mastication est également impossible, mais les dents voisines qui étaient le siége de légères douleurs de voisinage provoquées sont maintenant dépourvues de toute susceptibilité. — Cautérisations par pointes de feu très-nombreuses sur les bords interne et externe de la gencive au niveau de la dent malade.

Le 24. La douleur à la pression est manifestement moindre.

Le 26. Le malade peut commencer à exercer la mastication sur le côté droit de la bouche sans éprouver autre chose qu'un simple sentiment de gêne.

Le 30. Le malade est entièrement guéri, la percussion et la mastication ne font éprouver aucune douleur.

Obs. LV. — *Périostite spontanée de l'incisive latérale inférieure droite. — Application de sangsues. — Guérison en vingt-quatre heures* (Observation inédite et personnelle).

C..., 14 ans, dentition régulière et complète. Il y a trois jours, apparition sans cause appréciable d'une douleur au niveau de l'incisive latérale inférieure droite, douleur continue avec élancements et s'irradiant aux dents voisines; toute pression sur cette dent est impossible. La percussion y est très-douloureuse et l'organe présente un notable ébranlement. La gencive présente une légère rougeur au niveau de la dent malade; la pression sur le menton est elle-même très-douloureuse, il n'y a pas de gonflement toutefois. — Traitement : application d'une sangsue sur le point de la gencive correspondant à la dent malade. Dix pastilles de chlorate de potasse à 0 25 centigr. chaque (13 février).

Le 14. L'écoulement de sang par la piqûre de la sangsue a été très-considérable; la dent ne donne plus lieu à aucune douleur. La percussion et la pression ne sont plus douloureuses, l'ébranlement a diminué.

Obs. LVI. — — *Périostite spontanée de l'incisive latérale supérieure gauche.— Phlegmon sous-maxillaire. — Extraction. — Guérison* (Observation inédite et personnelle.)

Le Dr D... a été appelé, le 4 septembre 1874, pour examiner mademoiselle X..., âgée de 10 ans, six jours après le début du mal. La marche de l'affection, les symptômes lui ont fait diagnostiquer un abcès dentaire suite de périostite. Il prescrit : gargarismes émollients, cataplasmes,

pédiluves. Mais la constitution lympathique du sujet et l'augmentation de phénomènes inflammatoires l'engage à adresser sa malade au Dr Magitot; elle se présente à la consultation le 7 septembre.

La petite malade peut à peine ouvrir la bouche, l'examen ne peut se faire qu'en écartant les lèvres avec les doigts. Les deux incisives médianes et l'incisive latérale droite sont petites et atteintes d'érosion; l'incisive latérale gauche, au contraire, est assez longue et repoussée en arrière de l'incisive médiane gauche et de la canine. Le cul-de-sac, gingival de ce côté est remplacé par une saillie de la muqueuse, rouge, nijectée, tendue et surmontée d'un bourrelet produit par la gencive. Toute la région sous-maxillaire gauche et la partie supérieure du cou, depuis la ligne médiane et même au-delà au niveau du menton jusqu'à la région parotidienne, est le siége d'un gonflement considérable. La peau est chaude, tendue, luisante; la pression très-douloureuse. Douleurs très-vives dès que l'on touche l'incisive latérale gauche. — Cataplasmes, décoction de pavot.

Le 8. L'abcès s'est ouvert dans la bouche pendant la nuit. L'ouverture s'est faite sur la gencive au niveau de l'incisive latérale gauche; il s'est écoulé à peu près la valeur d'un verre à liqueur de pus. Douleur un peu moins vive; la peau est peut-être un peu moins tendue. La bouche s'entrouve un peu et assez pour que l'on cherche à pratiquer l'extraction qui est faite avec succès par le Dr Magitot. — Même prescription: décoction de pavot, cataplasmes, mais en recommandant de faire un peu de compression.

Anatomie pathologique. — Le périoste alvéolo-dentaire est vivement injecté dans toute son étendue, mais l'injection est plus vive en descendant vers l'extrémité de la racine. La moitié inférieure du bord antérieur et de la face externe sont dépouillés de leur périoste, ainsi que la moitié supérieure du bord postérieur, mais sur ces points, le cément donne au doigt la sensation d'une surface unie, polie, ce qui nous fait croire à un simple dépouillement du périoste par suite de l'extraction. L'extrémité de la racine dénudée aussi de son périoste sur une étendue de 3 millimètres environ du côté de la face interne et de 2 millimètres sur la face externe, est, au contraire, rugueuse, comme résorbée en partie. De petites fongonsités du périoste surmontent cette portion en dedans et en arrière.

Le 8. La petite malade, qui a dormi depuis six heures du soir jusqu'à dix heures du matin, ne souffre plus. La tumeur sous-maxillaire a considérablement diminué, il ne reste plus qu'un petit noyau circonscrit d'induration, La peau a repris sa coloration normale. La bouche s'ouvre assez facilement.

Le 10. Il ne reste plus qu'un léger empâtement du menton. La bouche s'ouvre très-facilement, à peine sort-il un peu de pus par l'alvéole de

la dent extraite, quand on presse sur la région sous-maxillaire. Plus de souffrances du tout.

Obs. LVII. — *Périostite spontanée de l'incisive médiane gauche inférieure. — Passage à l'état chronique. — Fistule mentonnière. — Extraction. — Guérison* (Dr Roux de Meximieux).

Claudine Bernis, âgée de vingt ans, du Bourg-Saint-Christophe (Ain), me fut présentée dans mon cabinet par son père, le 1er mai 1846. Elle portait depuis trois mois, sous la symphise du menton, un petit abcès duquel suintaient, à de courts intervalles, quelques gouttes de suppuration, la joue du reste n'était le siége d'aucune fluxion. Cette plaie, qui lui donnait dans son village la triste réputation d'avoir les humeurs froides, faisait son désespoir : elle voulait à tout prix s'en débarrasser. A première inspection, je crus à une fistule dentaire occasionnée par la carie d'une incisive, et je ne fus pas peu étonné d'entendre la jeune fille m'affirmer qu'elle n'avait jamais eu mal aux dents et de constater moi-même que les quatre incisives inférieures paráissaient en effet très-saines. Il fallut donc supposer que le mal appartenait à l'os de la mâchoire et, dans le but de reconnaître sa profondeur, j'introduisis par la petite plaie un stylet qui pénètra de bas en haut, à environ de 2 centimètres. J'injectai immédiatement dans le trajet fistuleux quelques gouttes de teinture de myrrhe et je fis panser l'ulcère extérieur avec un plumasseau de charpie imbibé de vin aromatique. Ces injections, répétées tous les trois jours pendant quinze jours, n'ayant produit aucune amélioration, je remplaçai, sans plus de succès, pendant un mois, la teinture de myrrhe par celle d'iode. Enfin, pressé par les instances de la malade et de sa famille que cette maladie désolait, impatienté moi-même de l'inutilité des moyens que j'avais employés avec persistance pendant un mois et demi, je me décidai à porter une pointe de feu dans le trajet fistuleux, et j'avais déjà à la main le cautère actuel, quand la crainte d'avoir commis une erreur de diagnostic me fit surseoir à l'opération, poursuivi que j'étais depuis le début du traitement par la pensée qu'il s'agissait peut-être dans cette circonstance embarrassante, d'une fistule dentaire d'une forme insolite dont je pouvais ne pas avoir rencontré d'exemple. En conséquence, procédant à une nouvelle exploration, je saisis entre les mors d'une pince à dissection chaque incisive, l'une après l'autre, et j'essayai de l'ébranler avec une force modérée, afin d'éprouver la solidité comparative de chacune d'elles : toutes se montrèrent parfaitement immobiles, excepté l'incisive moyenne gauche, qui répondait par des oscillations légères, mais cependant assez sensibles, aux efforts que j'exerçais sur elle. Observée avec une attention particulière, cette dent me sembla se distinguer des autres par une teinte d'un gris

jaunâtre ; dès lors ma résolution fut arrêtée, j'en pratiquai aussitôt l'extraction à l'aide d'un davier droit sans prévenir la malade, qui me reprocha en pleurant d'avoir ajouté une seconde infirmité à celle qu'elle avait déjà. Ses reproches, ma détermination qui avait été un peu prompte, ne me laissaient pas sans inquiétude sur le résultat ultérieur; je me hâtai de flairer la racine de ladent, et je fus aussitôt rassuré par la puanteur qu'elle exhalait et qui est un phénomène constant et caractérisque dans le cas de fistule dentaire. Afin de donner à mon diagnostic un dernier contrôle, je poussai, par l'alvéole de la dent arrachée, un stylet en poil de sanglier, qui chemina sans peine et vint ressortir par l'ouverture mentonnière. Certain par cette épreuve décisive de ne m'être pas trompé, je pus consoler ma jeune malade et lui promettre une guérison certaine ; elle fut en effet guérie huit jours après l'opération (*Bulletin de thérapeutique*, 1872, t. LXXXIII. p. 120.)

Obs. LVIII. — *Périostite spontanée de l'incisive inférieure médiane droite. — Fistule mentonnière. — Extraction. — Guérison* (Observation inédite et personnelle.)

Homme, 28 ans, brun, bonne constitution, a été pris, il y a sept ou huit ans sans cause appréciable, traumatique ou autre d'un phlegmon de la région mentonnière. Incision, suppuration pendant quelque temps, puis guérison et cicatrisation de l'incision.

Il y a dix-huit mois, nouveau phlegmon de la même région, mais moins volumineux. Ouverture spontanée au niveau de la cicatrice de l'incision. A partir de ce moment, le gonflement de la région, le phlegmon disparaissent peu à peu, mais il reste une ouverture fistuleuse au niveau de la ligne médiane de la région mentonnière, à 2 centimètres en arrière de cette saillie.

17 décembre 1874. *Examen.* — Le stylet introduit par l'ouverture fistuleuse vient s'arrêter à une surface osseuse, arrondie, qui est le bord inférieur du maxillaire inférieur au niveau de la symphise. L'os est dénudé en ce point sur une étendue de 1 centimètre environ. Les dents de la région incisive paraissent saines, l'incisive médiane droite présente néanmoins une coloration un peu plus jaune et un peu plus grisâtre. Toutes présentent la même fixité, aucune n'est sensible ni à la pression, ni à la percussion ; mais, lorsqu'on frappe sur l'extrémité du stylet introduit par la fistule et arrivé au contact de la partie osseuse dénudée, le malade ressent une douleur assez vive, et il indique constamment l'incisive médiane droite comme le siége de cette douleur. Le Dr Magitot juge nécessaire l'extraction de cette dent.

Le 19. Extraction. Le sommet de la dent dénudé de son périoste sur une étendue de 5 millimètres environ est rugueux et tronqué et présente des traces évidentes de résorption à son extrémité tandis qu'un peu plus haut on voit un commencement d'hypertrophie du cément.

Obs. LIX. — *Périostite spontanée de la première prémolaire inférieure gauche. — Pulpite consécutive* (Observation inédite et personnelle).

Homme, quarante-cinq ans, bonne constitution, système dentaire excellent. Une seule carie, il y a un an, à la deuxième prémolaire supérieure gauche, guérie et obturée, a donné de violents accès de névralgie à cette époque.

A l'occasion d'une bronchite assez intense dans les premiers jours de décembre 1875, une dent, la première prémolaire inférieure gauche devient douloureuse à la pression, elle paraît allongée au malade, lorsqu'il rapproche les mâchoires, elle lui paraît de liége. Puis consécutivement, il est pris de nouveau de névralgies faciales du côté gauche avec irradiations du côté de l'orbite, de la tempe, de l'oreille. Douleurs intenses et continues, insommie absolue. Le contact des liquides chauds ou froids, de l'eau tiéde même provoque des crises violentes.

Le malade se présente à la consultation le 6 décembre. Un examen attentif ne révèle aucune carie : toutes les dents sont très-fortes, bien constituées. La deuxième prémolaire supérieure gauche, obturée antérieurement, est absolument insensible, soit à la percussion, soit aux changements de température. La deuxième prémolaire inférieure examinée avec le plus grand soin, ne présente aucune altération extérieure; la percussion sur ses faces externe ou interne est douloureuse, mais beaucoup moins que la percussion verticale (ce qui indique une périostite du sommet). Les ganglions sous-maxillaires sont légèrement engorgés. La marche de l'affection, les symptômes successifs permettent d'établir ce diagnostic : périostite spontanée de la première prémolaire gauche, pulpite consécutive. Le soir, application d'une sangsue sur la gencive au niveau de la dent sensible. Ecoulement de sang assez abondant.

Le lundi 8, le malade dit avoir éprouvé les mêmes douleurs, insommie; cependant la dent est moins douloureuse à la percussion ; le contact des liquides chauds ou froids encore très-sensible, est beaucoup moins douloureux.

Mercredi 10, la dent est absolument insensible à la percussion. Les liquides chauds ou froids n'éveillent aucune douleur, mais le malade accuse encore de violentes névralgies faciales qui le prennent périodiquement tous les soirs vers onze heures.

Les accès cèdent complètement à l'administration du sulfate de quinine, et la guérison est alors et reste complète, ainsi que nous l'a affirmé le médecin habituel du malade.

Obs. LX. — *Périostite traumatique provoquée* (Obs. inédite. D. Magitot).

M. N..., âgé de vingt-quatre ans, se présente à mon observation avec une canine supérieure gauche faisant une saillie d'un demi centimètre environ en avant de l'arcade dentaire supérieure. L'intervalle qui sépare la première petite molaire de l'incisive correspondante étant extrêmement faible, ne peut permettre le placement de la canine. L'extraction de celle-ci est donc nécessaire, tant pour débarrasser le sujet d'une cause de difformité que pour permettre aux dents voisines de se rapprocher et de compléter l'arcade dentaire régulière.

Cette dent ne présentait qu'une saillie très-faible et ne permettait pas dès lors l'application solide d'un davier sur le collet; j'ai l'idée de développer une périostite de la racine, afin d'obtenir l'ébranlement de la dent.

A cet effet, trois aiguilles de platine d'environ 3 centimètres de long sont introduites entre la dent et l'alvéole, une en avant, l'autre en arrière, dans l'intervalle laissé par la petite molaire et l'incisive, la troisième en dedans, vers le point de contact de la canine sur l'incisive. Les aiguilles sont laissées en place pendant quatre jours.

Pendant ce temps le malade ne ressent aucune douleur, ni même aucune gêne appréciable dans la mâchoire.

Au bout de ce temps les aiguilles sont retirées.

La dent présente un ébranlement très-notable. L'extraction es alors opérée au moyen d'un davier droit dont les mors sont placés latéralement. Cette extraction est d'une remarquable facilité.

Anatomie pathologique.—La surface de la racine est couverte de plusieurs plaques rouges représentées par le périoste épaissi, rouge et enflammé. A une de ces plaques, un instrument peut passer au-dessous du périoste soulevé. Quelques autres points de la racine sont manifesment dépourvus de périoste, qui certainement se sera déchiré pendant l'opération.

Obs. LXI. — *Périostite aiguë de la première prémolaire supérieure droite, atteinte de carie du troisième degré avec destruction partielle et spontanée d la pulpe. — Impression douloureuse provoquée par les liquides froids. — Traitement et guérison de la périostite par les opiacés. — Destruction de la pulpe par les caustiques. — Guérison complète.* (Observation personnelle et inédite.)

Homme, vingt-deux ans. La première prémolaire supérieure droite est cassée depuis longtemps, elle n'a jamais été soignée. Depuis quelque temps, elle est devenue douloureuse à la pression et actuellement elle présente tous les symptômes de la périostite aiguë. Le malade tolère assez bien les liquides tièdes, mais les liquides froids exagèrent la douleur. L'examen, fait avec beaucoup de ménagement pour ne pas ébranler la dent et causer de la douleur, me permet de constater une carie du troisième degré et de croire à la destruction spontanée de la pulpe. La sonde pénètre en effet facilement et sans éveiller de douleurs dans la cavité de la pulpe, mais je ne cherche pas à pénétrer dans le canal dentaire pour ne pas ébranler la dent et provoquer des douleurs. —Pansement laudanisé.

Le lendemain, 2 septembre 1874, l'amélioration est très-sensible, il n'y a presque plus de douleur spontanée, mais la percussion est encore douloureuse. Même pansement.

4 septembre. Plus de douleurs, ni spontanées, ni provoquées par la percussion. Je fais alors un examen plus facile de la dent et la sonde, introduite dans le canal dentaire, rencontre un débris de pulpe. Pansement caustique avec l'acide arsénieux. Cette seule application suffit et après une obturation provisoire de quelques jours, la dent, complètement guérie, est définitivement obturée. Le malade, étudiant en médecine, a été revu plusieurs fois depuis, la guérison s'est maintenue.

Obs. LXII. — *Suppuration de la pulpe consécutive à un pulpite aigue de la première molaire inférieure droite atteinte de carie pénétrante* (Observation personnelle et inédite.)

J. F..., 24 ans, vient nous consulter le 30 mars. La première molaire inférieure droite est cariée depuis longtemps et l'a fait déjà souffrir vivement à plusieurs reprises. Depuis la veille, J. F... éprouve des douleurs intolérables s'irradiant dans toute la mâchoire et l'oreille, l'introduction d'un corps étranger dans la cavité, l'impression des liquides chauds provoquent des crises d'une intensité extrême. L'examen nous fait constater une carie pénétrante placée à la face antérieure de la dent; au centre de la cavité un petit pertuis de la dimension d'une tête d'épingle nous laisse voir un point rouge un peu saillant que nous reconnais-

sons pour la pulpe congestionnée et enflammée. Ne voulant pas augmenter encore les douleurs du malade par un pansement caustique appliqué dans ces conditions, nous faisons un pansement calmant en prévenant F... que, quelques jours plus tard, nous lui ferons une application d'acide arsénieux qui le mettra à l'abri de ces accidents pour l'avenir. F... revient le surlendemain soir. Après nous avoir quitté, il a encore souffert un peu, puis les douleurs se sont calmées, ont disparu complètement et F... a dîné du meilleur appétit. Le malade nous remercie, mais il nous accuse de lui avoir fait un pansement caustique sans le prévenir pour ne pas l'effrayer. Aussitôt le pansement enlevé, nous voyons sourdre à travers le pertuis et remplir la cavité de la carie un flot de pus épais et verdâtre qui se trouvait renfermé sous le coton. L'introduction de la sonde à travers le pertuis nous fait constater la destruction complète de la pulpe, nous pouvons, sans provoquer la moindre douleur, parcourir toute la cavité de la pulpe et pénétrer dans les canaux dentaires des deux racines. Pas le moindre symptôme de périostite, la dent n'est ni soulevée, ni ébranlée, la pression et la percussion n'éveillent aucune douleur. Nous essuyons le pus avec un peu d'ouate et, après avoir agrandi un peu l'ouverture, nous essuyons de même la cavité de la pulpe. Un pansement simple est alors appliqué. Deux jours après, F... n'ayant plus souffert du tout, nous enlevons ce coton. Le pansement n'est pas taché de pus, il n'y a plus trace de suppuration dans la cavité. Quelques jours plus tard, après une obturation provisoire préalable, la dent est définitivement obturée. La guérison s'est maintenue depuis.

Obs. LXIII.— *Carie alvéolaire latente,* (d'après M. Chassaignac), *de la troisième molaire inférieure droite. — Engorgement. — Fistule. — Rétraction de mâchoires. — Extraction. — Guérison.*

Femme, 47 ans, concierge. Depuis plusieurs mois, cette femme était atteinte d'une fistule avec engorgement siégeant au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure à droite. Chaque jour, le rapprochement des mâchoires faisait des progrès et l'occlusion de la bouche était arrivée à un point tel que la malade, ne pouvant plus prendre même du potage, était réduite à l'usage du bouillon et du vin et dépérissait sensiblement par suite de l'état d'inanition auquel elle était réduite. Toute exploration était impossible par la cavité buccale ; et, s'il était permis de supposer que le point de départ siégeait au voisinage des dernières molaires inférieures droites, on ne pouvait préciser exactement quelle était l'alvéole malade. Je résolus toutefois qu'aussitôt l'ouverture de la bouche obtenue, je ferais l'avulsion de la dernière molaire, ce qui

m'avait réussi dans le cas bien autrement grave que je rapporterai bientôt et qui, dans l'ordre des dates, est de plusieurs années antérieur à celui-ci.

Assisté de M. Tarnier, alors externe dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, je commençai par faire respirer le chloroforme à la malade, et quand l'assoupissement eut eté produit, je portai la pointe de la vis conique dans le point correspondant à la ligne de juxtaposition qui sépare la canine et l'incisive droite de la mâchoire inférieure. C'est le point d'application queje préfère, en raison de lasolidité d'implantation de la dent canine, qui ne peut être que difficilement ébranlée par l'action mécanique très-forte qu'il s'agit d'exercer sur elle. Dès que j'eus obtenu un peu de séparation entre les mâchoires, je plaçai sur chaque rangée dentaire, du côté malade, un morceau de cuir peu épais, mais assez ferme, et plaçant à nouveau le dilatateur conique, je complétai l'ouverture de la bouche. Plaçant alors du côté opposé à la maladie le dilatateur enfoncé jusqu'à sa base, je parvins à conduire le crochet de Garengeot jusqu'à la dernière molaire droite qu'il me fut facile d'extraire et qui présentait à son sommet la touffe cellulo-vanulaire qui existe dans les caries alvéolaires latentes. Pendant quelques jours, je fis maintenir la dilatation de la bouche au moyen d'un bouchon interposé aux rangées dentaires. Néanmoins, il se reproduisit un peu de resserrement des mâchoires, qui ne tarda pas à se dissiper d'une manière complète et définitive. J'ai revu cette malade plusieurs fois depuis et j'ai constaté la persistance de la guérison (E. Chassaignac : ***Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical.*** Paris 1859. T. I. p. 541, obs. 194.)

OBS. LXIV. — *Carie alvéolaire latente* (d'après M. Chassaignac), *de la troisième molaire inférieure droite. — Fistules multiples : quatre à la partie supérieure et latérale du cou, plusieurs à l'intérieur de la bouche. — Nécrose du maxillaire inférieure. — Avulsion de quatre dents.*

Elisabeth Douvenel, âgée de 17 ans, non réglée, scrofuleuse à un degré très-prononcé, a eu dans sa première enfance deux tumeurs blanches qui se sont successivement montrées aux articulations tibio-tarsiennes. A 14 ans, le poignet gauche se tuméfia, suppura et donna lieu à des trajets fistuleux multiples.

Depuis plusieurs années que cette jeune fille était à l'hôpital des Enfants-Trouvés; elle présentait un énorme développement de la joue droite, dans la partie qui correspond à la base de l'os maxillaire. Ma première tentative de traitement faite un an avant l'opération qui sera décrite bientôt, consista dans l'avulsion d'une dent du côté malade. Cette

avulsion produisit une amélioration rapide, mais bientôt le mal reprit sa première intensité.

Quatre trajets fistuleux donnant avec abondance du pus séreux mêlé de parcelles osseuses existaient à la partie supérieure et latérale du cou. Des trajets fistuleux ouverts à l'intérieur de la cavité buccale, donnaient issue à une abondante quantité de pus; les injections de diverse nature n'avaient amené aucune amélioration; l'écartement des mâchoires devenait tellement difficile que le petit doigt pouvait à peine être introduit entre les arcades dentaires; les accidents inflammatoires, bien que continus, offraient des redoublements comme par accès, sorte de poussées qui duraient plusieurs jours et qui se résolvaient par une production de pus encore plus abondante que de coutume.

Après ces diverses sécrétions, il y avait un peu de calme pendant quelque temps, puis survenait l'ouverture d'un nouveau foyer. Ces éruptions, incessamment renouvelées, étaient pour le malade une cause incessante de douleurs et d'épuisement. Il s'agissait d'y mettre un terme.

Dans ce but, je pensai qu'une des premières indications à remplir était d'extraire les dents correspondant à la partie malade de l'os maxillaire. En effet, les dents implantées dans un os malade y deviennent par le seul fait de l'état pathologique de ce dernier, des espèces de corps étrangers dont la soustraction est la première chose à faire pour remédier à la maladie de l'os. Ce sont, pour ainsi dire, autant de pois dans un cautère qui entretiennent l'inflammation suppurative. Voici quel était l'état de la demi-rangée dentaire correspondant à la partie malade. Sur les huits dents qui la constituent, savoir : deux incisives, une canine, deux petites molaires, trois grosses molaires; une seule dent, la première petite molaire, avait été arrachée. La malade ne pouvait écarter les mâchoires. J'appliquai au côté gauche la vis conique, au moyen de laquelle j'obtins un écartement de quelques centimètres. Après avoir armé la clef de Garengeot du crochet qui avait la plus petite courbure, je conduisis ce crochet à l'aide d'un davier faisant fonctions de pinces, jusqu'à la dent sur laquelle il devait agir. Je parvins, non sans peine, à luxer la deuxième petite molaire que j'enlevai ensuite avec le davier. J'enlevai successivement la première, puis la seconde grosse molaire, qui ne tenaient que faiblement. Je reviendrai bientôt sur l'état des dents. Après leur ablation, je portai le doigt plus en arrière encore, jusqu'au bout de l'arcade et jusqu'à la base de l'apophyse coronoïde. En exerçant une forte pression de haut en bas sur les tissus compris entre l'alvéole de la deuxième grosse molaire et la base de la pophyse coronoïde, je sentis au travers d'une couche assez épaisse de tissus indurés, quelque chose de dur et d'un peu bosselé, comme une couronne de dent molaire. C'était la dent de sagesse dont la présence, d'après le principe en vertu duquel j'avais cru devoir extraire toutes les

autres dents, ne pouvait être considérée que comme nuisible. Je résolus donc de l'enlever. A cet effet, j'incisai directement toute l'épaisseur des tissus qui recouvraient la saillie formée par la troisième molaire. Cette incision étant insuffisante pour introduire le davier, je fis une seconde incision formant avac la première une ellipse taillée dans les chairs indurées qui recouvraient cette dent (L'induration rendait plus facile cette coupe des tissus). Je glissai alors le davier jusqu'à la troisième molaire et je l'arrachai; elle était parfaitement saine, mais présentait à l'extrémité de sa racine une petite végétation charnue fort remarquable.

Ainsi, à l'exception d'une seule petite molaire qui avait été arrachée antérieurement, toutes les autres étaient saines dans leur couronne: la maladie avait débuté par le fond des alvéoles.

Le lendemain de l'opération, 10 novembre, la malade est assez bien: elle n'a éprouvé qu'un très-léger accès de fièvre. La tuméfaction de la partie inférieure de la joue a déjà diminué un peu.

J'ai oublié de dire qu'après l'avulsion des dents j'introduisis un stylet à travers les ouvertures fistuleuses. L'une d'elles laissa pénétrer l'instrument dans la cavité buccale.

Le 10. Le gonflement a encore diminué, la jeune fille n'a pas eu de fièvre. Avant de rien tenter de nouveau, je veux attendre tout l'effet qui pourra résulter de l'avulsion des dents. Pas d'accident d'aucun genre.

Le 11. Le gonflement diminue notablement: l'afflux du pus, qui avait lieu dans la bouche d'une manière presque continuelle, a cessé.

Le 15. Le dégorgement fait des progrès rapides, mais l'ouverture de la bouche est contenue dans des limites assez étroites par des obstacles insurmontables.

Le 19. La tuméfaction dure a presque complètement cessée. La joue conserve beaucoup d'ampleur, mais elle est molle, susceptible d'être plissée. On voit qu'il s'agit d'un tissu qui a été fortement tendu par l'engorgement. Ce tissu n'est pas revenu sur lui-même, mais il est débarrassé de sa cause de tension.

Le 25. Deux des trajets fistuleux se sont oblitérés. La malade est rentrée dans une division où j'ai cessé de la suivre (E. Chassaignac, ***Traité pratique de la suppuration***, p. 541, obs. 195.)

Obs. LXV. — *Drainage dans un cas de fistule palatine, déterminée par une périostite chronique consécutive à une altération. Guérison.* (Observation inédite et personnelle).

Mlle D..., 19 ans, petite, de santé délicate, relevant d'une grave maladie, vient, à la fin d'août 1874, se faire soigner pour une carie pénétrante de la première grosse molaire supérieure gauche. Application d'acide arsénieux, puis immédiatement obturation métallique hâtée par le départ de la jeune fille à la campagne.

A son retour à Paris, au mois de décembre, la malade nous dit que depuis quelques jours sa dent est devenue douloureuse surtout à la pression. Nous constatons tous les symptômes d'une périostite subaiguë et en même temps l'existence d'une fistule dentaire dont l'ouverture s'est faite à la voûte palatine au niveau d'une ligne transversale qui relierait les deux premières molaires, et à environ 1 centimètre et demi de la ligne médiane. La malade nous raconte alors que quelques jours après l'obturation elle a été prise de violentes douleurs du côté de la dent opérée, douleurs qui n'ont cessé que quelques jours après la formation et l'ouverture d'un abcès à la voûte palatine. Elle n'avait plus souffert ensuite, mais depuis deux jours elle ressent de vives douleurs. Enlèvement du plomb, pansements laudanisés. Deux jours après, plus aucune douleur. Les pansements opiacés continués ensuite pendant une huitaine, déterminent la cicatrisation de l'orifice fistuleux. A ce moment obturation provisoire.

Quatre jours plus tard, la jeune fille revient avec une nouvelle poussée de périostite, la fistule palatine est ouverte de nouveau. L'obturation provisoire est remplacée par des pansements opiacés continues une huitaine encore après la cessation de tous les accidents aigus.

La fistule palatine se ferme de nouveau. Je pratique alors une obturation métallique avec établissement du drainage. La partie externe de la couronne étant détruite, le tube est établi dans la substance métallique même et de telle sorte que son ouverture se trouve en dehors et en avant.

Nous avons souvent revu depuis cette jeune fille. Elle n'a jamais éprouvé aucun accident, la fistule est restée fermée.

Obs. LXVI. — *Drainage dans un cas de périostite alvéo-dentaire chronique avec formation d'un kyste purulent dans l'épaisseur de la joue. — Guérison.* (Observation inédite, recueillie sur notre demande par le malade lui-même, externe à l'hôpital de la Charité.)

Mes dents se sont cariées de bonne heure. Dès l'âge de quatorze ans je fus obligé de me faire extraire deux grosses molaires qui me causaient des douleurs intolérables.

Depuis cette époque je n'avais souffert des dents qu'à de très-longs intervalles. Au mois d'aout dernier (1874) mes douleurs devinrent tellement intenses que je fus obligé de consulter. Le dentiste auquel je m'adressai m'obtura la première grosse molaire supérieure gauche, dent qui était le siége des douleurs. Cette opération n'eut point l'effet que j'en attendais, car mes douleurs continuèrent presque comme auparavant. Elles revenaient par accès. Dans ces paroxymes elles étaient sourdes, profondes. J'éprouvais le besoin de contracter mes mâchoires comme pour enfoncer la dent dans l'alvéole, ce qui me soulageait momentanément. Les accès venaient tantôt à l'occasion du repas quand un aliment chaud se mettait en contact de la dent, tantôt sans cause. Ils ne m'ont jamais réveillé pendant mon sommeil. Dans l'intervalle je ne souffrais pas, cependant la percussion de ma dent était douloureuse. Ensuite je partis en vacances, et peu après mes douleurs disparurent. J'estime qu'elles durèrent environ un mois après l'obturation.

Je me croyais guéri. Mais au mois de novembre je m'aperçus, par hasard, qu'une petite tumeur s'était développée dans l'épaisseur de la joue au niveau de la dent obturée. Cette tumeur, que l'on pouvait saisir entre deux doigts en mettant l'un dans la bouche et l'autre sur les téguments, augmenta depuis lors peu à peu. Jamais elle n'occasionna des douleurs bien vives.

Le 19 mars j'allai pour consulter M. Magitot: ce fut M. Pietkiewicz qui m'examina et me soigna depuis lors. La tumeur était de la grosseur d'une aveline, dure, fluctuante. Elle m'occasionnait une légère déformation de la joue. Elle n'était pas adhérente à la peau, mais elle était adhérente au maxillaire au niveau de la dent malade par un pédicule qui lui permettait des deplacements assez étendus et qu'on sentait comme un cordon dur en introduisant le doigt dans la bouche.

M. Pietkiewicz enleva l'obturation de ma dent pénétra dans la cavité de la pulpe, et par une pression énergique, exercée sur la tumeur, chercha à en faire sortir le contenu: il ne put y parvenir et me fit un léger pansement avec de l'ouate laudanisée.

Le 21 mars la tumeur a diminué de un tiers. En déjeûnant des parcelles alimentaires comprimèrent légèrement le pansement et en

firent sortir des matières extrêmement fétides et d'une saveur très-désagréable. C'était le pus de la tumeur qui était sorti et s'était amassé dans le pansement.

Le 23 mars la tumeur a encore diminué. En enlevant mon pansement on trouva un peu de pus à la partie profonde du coton.

Le 13 avril, dans l'intervalle, je suis allé en vacances. Je renouvelais mon pansement tous les deux jours. Chaque fois je trouvais le coton devenu jaune au niveau de l'orifice de communication avec la cavité centrale. Aujourd'hui en consultant, ma tumeur est réduite au volume d'un pois. Elle a conservé sa mobilité sur le maxillaire et y est toujours liée par un cordon dur.

Le 29 avril il ne reste plus qu'un petit soulèvement de la gencive à peine appréciable au toucher. Je ne souffre toujours nullement.

Le 13 mai la tumeur a disparu d'une manière complète.

Le 15 mai obturation après avoir pratiqué un drainage dans la substance de l'ivoire au niveau du collet.

Le malade a été revu depuis, la guérison s'est maintenue complète.

Obs. LXVII. — *Drainage pour une périostite alvéo-dentaire chronique de la première molaire inférieure droite.* — *Guérison* (Observation inédite, recueillie sur notre demande, par le malade lui-même, étudiant en médecine,

M. C..., étudiant en médecine, 28 ans. En janvier 1872 carie non pénétrante de la première molaire inférieure droite pour laquelle il fut fait un plombage, dès la première séance, sans pansement préalable. Pendant longtemps la dent reste sensible aux changements de température.

Été, 1874. Nouvelles douleurs, mais sourdes, non spontanées; les liquides chauds et froids provoquaient des douleurs. J'allai voir un dentiste qui enleva le premier plombage; une couche d'ivoire séparait la cavité de la carie de celle de la pulpe, il la trépana pour appliquer de suite un caustique.

Douleur très-vive causée par l'entrée du trépan dans la cavité centrale; douleurs extrêmement vives pendant plusieurs jours, avec irradiations le long des branches du trijumeau, surtout du dentaire inférieur.

Après plusieurs nouvelles cautérisations, ces symptômes aigus disparurent : la dent était devenue insensible à l'introduction des instruments et aux changements de température, mais la douleur sourde réapparaissait chaque fois que je voulais mastiquer ou presser fortement les deux mâchoires l'une contre l'autre.

Tout cela durait depuis plus d'un mois. J'étais impatient, aussi le dentiste voyant mon envie d'en finir, fit une cautérisation des plus sérieuses au fer rouge et me plomba ma dent le jour même ou deux jours après. La douleur sourde à la pression persista quelque temps.

Il y a un mois environ cette même douleur réapparut, je me rendis alors chez M. Magitot ou je fus examiné et soigné par M. Pietkiewicz (20 avril 1874).

M. Pietkiewicz diagnostiqua une périostite chronique et pratiqua immédiatement la trépanation de la cavité de la pulpe au niveau du collet de la dent, à sa face externe. Cette opération ne provoqua aucune douleur d'ailleurs.

Le soir même je me servis de cette dent pendant tout mon dîner : la veille et le matin je n'aurais pu le faire.

En quelques jours la douleur disparut complètement et depuis trois semaines environ que cette opération m'a été faite, je me sers journellement de ma dent et sans inconvénients.

Depuis, nous avons souvent revu le malade qui est un de nos amis : la guérison s'est maintenue complète.

Obs. LXVIII. — *Drainage pour une périostite consécutive à une obturation. — Guérison* (Observation inédite et personnelle.)

W...., 19 ans, élève du lycée Saint-Louis, a été traité dans le mois de décembre 1874 pour une carie pénétrante de la première molaire inférieure gauche. La destruction de la pulpe par l'acide arsénieux a été suivie d'une obturation provisoire maintenue pendant une dizaine de jours. Malgré cette précaution, deux jours après l'obturation définitive, il se déclare une périostite dont les symptômes acquièrent rapidement une acuité extrême. Gonflement de la joue du côté gauche s'étendant dans la région cervicale et parotidienne. Tous ces tissus sont chauds, indurés et sensibles à la pression. Le malade ne peut qu'entrouvrir la bouche ; la langue, les gencives et les dents sont couvertes d'un enduit blanchâtre, épais et fétide. Phénomènes généraux, fièvres, insomnies.

Lotions fréquentes dans la bouche avec décoction de pavot tiède. Chlorate de potasse. Cataplasmes laudanisés.

L'emploi de ces moyens amène un peu de calme au bout de deux jours. L'ouverture de la bouche très-limitée encore est cependant suffisante pour permettre de porter les instruments sur la dent malade qui est soulevée et ébranlée. Perforation de la dent au niveau du collet sur la face externe. Etablissement d'un drainage. Quelques brins de coton

imbibés de laudanum de Rousseau sont introduits dans le pertuis. De plus, même traitement que ci-dessus.

A partir de ce moment, les accidents généraux disparaissent rapidement et les accidents locaux diminuent de jour en jour.

Huit jours après, le malade se présente à ma consultation au lycée Saint-Louis, il est encore un peu gêné pour ouvrir la bouche, il reste encore un peu de gonflement le long du corps du maxillaire mais le malade ne souffre plus.

A ma visite suivante, c'est-à-dire quinze jours plus tard, l'ouverture de la bouche n'est plus gênée, il reste encore un petit ganglion induré et un peu douloureux à la pression sur l'angle de la mâchoire.

Nous avons souvent revu le jeune W... depuis, toute trace d'accident a disparu, la guérison s'est maintenue complète, et il se sert de sa dent pour la mastication comme si elle n'avait jamais rien eu.

OBS. LXIX. — *Réimplantation d'une incisive latéral supérieure droite, après résection du sommet de la racine atteinte de périostite chronique, dans un cas de fistule double, traversant le maxillaire. — Consolidation. — Guérison.*

28 mai 1875. M. le docteur C. A... (de Rio-Janeiro), âgé de trente ans, a souffert assez fréquemment des dents, et plusieurs d'entre elles présentent des caries à divers degrés.

Il y a six ans, une carie se produisit sur l'incisive latérale supérieure droite. La maladie fut abandonnée à elle-même et progressa d'ailleurs très-lentement.

Trois ans plus tard, une fluxion apparut, qui se termina par une fistule gingivale, au niveau de la dent malade. Cette fistule se ferma peu après ; mais la première fluxion est bientôt suivie d'un grand nombre d'autres, se terminant chaque fois par une fistule dont le siége varie chaque fois. Il y a un mois, le malade vit se former, à la partie la plus profonde et la plus élevée de la voûte palatine, une tumeur du volume d'une grosse noix. Cette tuméfaction devint fluctuante, s'ouvrit spontanément sur un point resté depuis lors fistuleux et situé à environ 1 centimètre et demi au-dessus du collet et la dent malade.

L'incisive latérale supérieure droite présente une coloration grisâtre bien tranchée. Une carie noire, sèche, non pénétrante, occupe presque toute la hauteur du bord interne.

On propose à M. le docteur C... une opération, qui doit consister dans l'extraction de la dent malade, suivie de la résection de la portion radiculaire altérée et de la réimplantation immédiate.

Le malade l'accepte, désirant lui-même s'associer à titre d'expérience à cette tentative.

L'extraction est pratiquée très-doucement, afin d'éviter toute lésion du bord alvéolaire. L'opération n'est suivie que d'un écoulement de sang très-faible. On reconnait alors que le périoste est malade dans a moitié supérieure de la racine. Il est injecté et épaissi. Le sommet de la racine est entièrement dénudé dans une étendue de 4 millimètres environ. Il est rugueux au doigt, et manifestement en voie de résorption.

Cette portion de la racine est entièrement réséquée au moyen de la pince de Liston, et la dent est aussitôt réimplantée dans son alvéole. Elle se maintient en place sans le secours d'aucun bandage: mais elle est très-mobile et son bord libre dépasse d'environ 2 millimètres le bord de l'incisive médiane.

Le 29. La dent est très-mobile, mais se maintient dans la position de la veille. Pas de douleur. La pression sur la tuméfaction palatine fait sortir environ une cuillerée à café de pus. On y pratique un léger débridement et l'on introduit une mèche. La fistule antérieure donne aussi issue à du pus, mais en moindre quantité.

Le 31. Même état; la dent est toujours mobile, le pus s'accumule toujours en grande quantité sous le décollement de la muqueuse palatine. Une injection d'eau, par l'orifice fistuleux antérieur sort par l'ouverture palatine.

1er juin. Au moyen d'un stylet aiguillé, on introduit par l'orifice interne de la fistule un fil de plomb fin, qui, après de nombreux tâtonnements et suivant un trajet tortueux, est ramené à l'orifice antérieur. Les deux bouts du fil sont noués et arrêtés dans l'intervalle de la canine et de la première prémolaire. Le trajet parcouru est de 4 centimètres. Cette opération est très-douloureuse. Le malade, le soir, est pris de quelques phénomènes généraux avec fièvre.

Le 2. L'état général est meilleur. Le pus ne s'accumule plus sous la muqueuse du palais, et il s'écoule insensiblement par les deux orifices.

Le 3. L'écoulement du pus est toujours insensible ; la dent a pris un certain degré de consolidation et son bord libre est remonté au niveau des voisines. Toute la muqueuse du côté droit du maxillaire supérieur est recouverte d'un enduit blanchâtre, que l'examen microscopique montre être une simple desquammation épithéliale. Lotions au chlorate de potasse.

Le 5. Aucune douleur. La stomatite a beaucoup diminué ; l'enduit blanchâtre n'existe plus que par plaques isolées. La dent paraît plus solide.

Le 7. Même état. La stomatite a complètement disparu.

Le 8. La dent ne présente plus qu'une faible mobilité. Aucune douleur. La suppuration paraît être presque tarie ; le fil de plomb est retiré

Le 11. La dent a presque acquis la solidité des voisines; l'orifice antérieur est oblitéré; le postérieur persiste; mais il n'existe à son pourtour aucun décollement. Le malade, obligé de quitter Paris, promet de donner de ses nouvelles.

Le 20 septembre, c'est-à-dire trois mois après l'opération, M. le docteur C... écrit de Rio-Janeiro qu'il est entièrement guéri, que tout accident a complétement disparu et que la dent a repris ses usages au même titre que les autres (Pietkiewicz et Piotrowski. *Gazette des hôpitaux*, 1876, nº 5, p. 36).

Obs. LXX. — *Réimplantation immédiate d'une première prémolaire supérieure droite, cariée après résection de la portion altérée et obturation de la carie dans un cas de phlegmon de la joue et de denudation du maxillaire.*

M. N..., âgé de 32 ans, est d'une constitution faible; il a fréquemment souffert des dents.

La première bicuspide est profondément cariée depuis deux ans; elle a été, après traitement préalable, obturée à cette époque; mais malgré cela, elle est restée sensible aux transitions de la température, puis l'état s'est amélioré, et pendant environ un an, le malade s'est cru parfaitement guéri.

Au commencement d'octobre 1875, la dent redevient douloureuse; la gencive se tuméfie et un nouveau traitement, composé de cinq ou six pansements, aboutit à la réobturation de cette dent. Depuis ce moment, la dent resta douloureuse à la pression et les fonctions de la bouche s'exercèrent difficilement de ce côté.

Vers la fin d'octobre, la malade fut pris d'un violent accès de fièvre et d'accidents généraux qui durèrent deux jours et aboutirent à un phlegmon de la joue, qui acquit rapidement le volume du poing et s'étendit jusqu'aux paupières. Un médecin appelé par le malade ouvrit, dans la bouche, un volumineux abcès qui donna issue à un grand verre de pus.

Au moment où le malade vient nous consulter (26 octobre), nous constatons la persistance du gonflement de la joue et un écoulement d'un liquide séro-purulent par l'ouverture de l'abcès. Le doigt peut être introduit par cette ouverture et rencontre la surface du maxillaire dénudé dans une étendue de plusieurs centimètres superficiels.

L'exploratien au moyen du stylet permet, en outre, de reconnaître que la racine de la première prémolaire est libre dans une cavité de l'alvéole communiquant avec l'abcès. Aucun accident du côté interne du bord alvéolaire ni dans le sinus maxillaire.

Une injection d'eau tiède est poussée dans l'abcès, et une mèche

est introduite en permanence. Cataplasmes et compression sur la joue.

Au bout de huit jours, l'état n'a pas sensiblement varié. La dénudation est aussi étendue ; la tuméfaction de la joue n'a pas diminué, et il s'est produit à l'angle de l'aile du nez un noyau induré qui occupe toute la fosse canine.

Le 5 novembre, nous pratiquons avec un forceps droit l'extraction de la première prémolaire ; l'opération est faite avec beaucoup de lenteur et de grandes précautions.

Nous constatons que cette dent est pourvue de deux racines réunies dans les deux tiers inférieurs, libres dans le tiers supérieur. La portion externe est altérée dans toute son étendue ; elle est entièrement dénudée de son périoste, rugueuse et en voie de résorption ; la portion interne est parfaitement saine.

Au moyen d'une pince de Liston nous pratiquons la résection du sommet externe altéré par une section oblique, qui n'intéresse point la racine interne. La dent est maintenue dans une compresse imbibée d'eau tiède, et une obturation avec l'oxychlorure de zinc est pratiquée dans la carie de la couronne.

Cette petite opération prend environ un quart d'heure, au bout duquel la dent est réimplantée après lavage et tamponnement de l'alvéole.

Le lendemain 6 novembre, la dent est ébranlée et douloureuse au contact ; l'état de la joue et l'abcès persistent sans modification sensible.

Injection d'eau dans le clapier. Compresses permanentes au chlorate de potasse appliquées sur le bord alvéolaire.

Le 8, légère amélioration.

Le 11, le malade nous dit qu'il s'est produit par l'ouverture de l'abcès une hémorrhagie d'environ deux cuillerées à bouche. La dent est encore un peu mobile, mais nullement douloureuse. L'exploration de l'abcès avec le stylet constate que la dénudation est réduite d'environ moitié de son étendue ; l'empâtement de la joue a beaucoup diminué.

Le 15, c'est-à-dire dix jours après l'opération, la guérison est complète, l'abcès est fermé. La dent est solide et absolument insensible ; la mastication s'exerce librement du côté correspondant (Pietkievicz et Piotrowski, *Gazette des Hôpitaux*, 1876, n° 8, p. 59).

Obs. LXXI.— *Réimplantation d'une incisive inférieure atteinte de périostite, après résection de la partie altérée. — Guérison.*

23 août 1875. — Mademoiselle N..., âgée de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, n'a jamais souffert des dents jusqu'au mois de juillet 1874.

A cette époque, il apparaît un abcès gingival à la partie médiane de la mâchoire inférieure, abcès qui fut précédé et accompagné de douleurs dans toute la mâchoire et d'une tuméfaction notable de la région mentonnière. Trois mois plus tard, en octobre, un second abcès survint au même point et avec les mêmes symptômes.

Un troisième enfin, évolue au mois de janvier 1876. Chaque crise dure environ une quinzaine de jours, et l'abcès s'ouvre au point de jonction de la gencive avec la lèvre.

Le 23 août, la malade, tourmentée par de nouvelles douleurs, vient nous consulter.

Le menton est le siége d'une tuméfaction très-douloureuse à la moindre pression; la lèvre est épaissie, dure et tendue. Toutes les dents sont intactes, à l'exception de l'*incisive latérale droite inférieure*, dont la coloration bleuâtre tranche sur la blancheur des dents voisines. Elle ne présente aucune trace de carie; elle est légèrement ébranlée et très-douloureuse au moindre contact.

Le diagnostic est celui d'une périostite chronique du sommet de nature spontanée, car la malade ne peut rattacher aucun accident ou traumatisme quelconque à la maladie de cette dent.

Nous pratiquons l'extraction, qui ne présente aucune difficulté, et le diagnostic est pleinement confirmé.

Le sommet de la racine, dans une étendue de 3 millimètres, est dénudé, rugueux et inégal, en voie manifeste de résorption. Cette résorption a la forme d'un bec de flûte. Le reste du périoste jusqu'au collet est rouge, granuleux, évidemment enflammé.

On pratique, avec la pince de Liston, la résection de toute la portion altérée de cette dent; la section est faite tranversalement et permet de constater que le canal dentaire et, par conséquent, la cavité centrale, sont absolument vides. La pulpe s'est donc gangrenée, ce qui a produit la coloration bleuâtre de l'organe. La dent est aussitôt réimplantée dans son alvéole, après lavage et tamponnement de celui-ci. Aucun moyen contentif n'est appliqué. On se borne à des recommandations particulières au sujet de l'alimentation, qui doit être surtout liquide.

Le endemain 24 août, sensibilité légère au menton; la dent est mobile et douloureuse au contact. La réaction est pourtant modérée

Compresses permanentes sur la gencive avec des bandes d'ouate, imbibées d'une solution saturée de chlorate de potasse.

Le 25 août, amélioration marquée. La tuméfaction de la région mentonnière est moindre : la dent est peu mobile.

Les jours suivants, l'amélioration se poursuit.

Le 7 septembre, tout accident a disparu. La dent a repris sa solidité ; elle est insensible ; la gencive est normale ; la percussion ne produit aucune douleur. La guérison est complète.

La jeune personne a été revue à la fin d'octobre, c'est-à-dire deux mois environ après l'opération, elle est restée entièrement guérie et la dent a repris ses usages (Pietkiewicz et Piotrowski, ***Gazette des hôpitaux***, n° 8, p. 59, 1876).

OBS. LXXII. — *Fistule faciale ancienne au menton; dents saines en apparence. — Extraction d'une incisive; excision d'une portion de racine; replacement et conservation du reste de cette dent. — Guérison de la fistule.*

V..., soldat au 2e régiment du génie, âgé de vingt-cinq ans, entre à l'hôpital Saint-Éloi le 2 octobre 1858. Au mois de décembre précédent, il s'est aperçu d'un petit abcès qui s'est développé au centre du menton : il n'a jamais ressenti de douleur dans cette région ni dans les dents qui y correspondent. L'abcès a percé spontanément, laissant couler une petite quantité de pus sanguinolent. A partir de ce moment, il s'est établi en ce point une fistule donnant un écoulement puriforme, mêlé de temps en temps de salive (?). Il n'est point sorti de parcelles d'os. Au mois de juin 1858, il entre à l'hôpital où, après exploration de la fistule, on lui prescrit des injections dans le trajet avec une solution de nitrate d'argent et on l'envoie aux bains de mer. Ce traitement est resté inefficace, et quelque temps après, le 2 octobre 1858, V... rentre à l'Hôtel-Dieu. On lui fait répéter les injections précédentes et on lui administre de l'huile de foie de morue.

Au moment où M. le professeur Alquié prend le service, le 1er novembre 1858, la maladie n'avait éprouvé aucune amélioration. Le chirurgien en chef explore la fistule et son stylet vient heurter l'incisive centrale gauche ; le malade ressent très-distinctement l'impression du stylet sur cette dent. La percussion sur la couronne de celle-ci ne produit pas de douleur bien marquée.

Le 11 novembre, M. Alquié extrait au malade l'incisive gauche, dont l'extrémité est altérée. Toute la portion malade est excisée ; la dent est aussitôt replacée dans son alvéole et fixée aux dents voisines par des fils de soie.

A partir de ce moment, le malade voit sa fistule se fermer peu à peu. Dès les premiers jours, l'écoulement diminue rapidement; l'orifice externe de la fistule s'affaisse progressivement et sans accident; la dent se consolide, et le 29 novembre, l'ouverture est complètement oblitérée. Le militaire demande à reprendre son service. (Observation recueillie par M. le docteur Planchon. Clinique de M. le professeur Alquié, Hôtel-Dieu de Montpellier. — *Bulletin de thérapeutique*, 30 mars 1860.)